

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N^o **106**

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Bernard DUFLO

Né le 2 juillet 1943 à NOISY LE ROI (Seine et Oise)

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES
DES MIGRANTS ORIGINAIRES DES PAYS TROPICAUX
ET SUBTROPICAUX EN FRANCE**

Président : M. PEQUIGNOT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Bernard DUFLO

Né le 2 juillet 1943 à NOISY LE ROI (Seine et Oise)

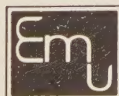
Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES
DES MIGRANTS ORIGINAIRES DES PAYS TROPICAUX
ET SUBTROPICAUX EN FRANCE**

Président : M. PEQUIGNOT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

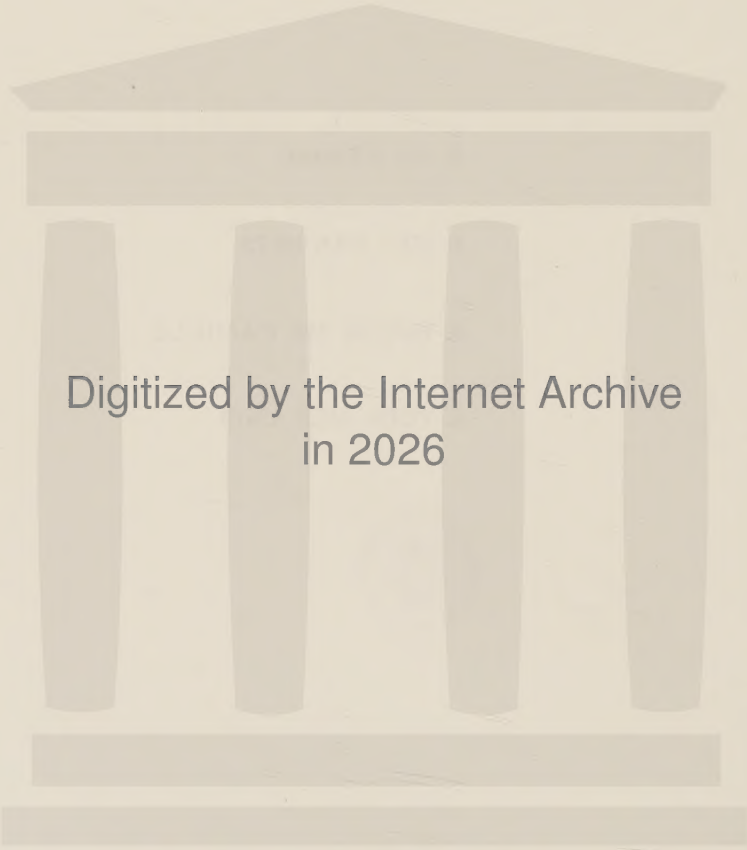


A MA FEMME

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Cochin

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui témoignons ici notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé Marc GENTILINI
Médecin biologiste des Hôpitaux

Nous lui exprimons notre profonde
gratitude de nous avoir reçu et formé
dans son équipe.

Nous le remercions de nous avoir proposé
le sujet de cette thèse et de nous avoir
guidé pas à pas dans sa rédaction.

A Mademoiselle DIOT
Mademoiselle ALLARD
Mademoiselle le Docteur DURR

que nous remercions de l'aide
inappréciable qu'elles nous ont apportée
dans la rédaction de cette thèse.

A tous mes amis du Département de Parasitologie
et Médecine Tropicale de la Faculté
de Médecine Pitié-Salpêtrière.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

Externat :

Monsieur le Professeur LEGER
Monsieur le Professeur RAMBERT
Monsieur le Professeur GILBERT DREYFUS
Monsieur le Professeur Agrégé BUGE

Internat :

Monsieur le Professeur LESOBRE
Monsieur le Professeur Agrégé NENNA
Monsieur le Professeur PEQUIGNOT
Monsieur le Professeur DOMART
Monsieur le Professeur MACREZ
Monsieur le Professeur MILLIEZ
Monsieur le Professeur DEBRAY

Les migrations humaines au cours de l'Histoire des Peuples ont été permanentes : exodes, disettes ou famines, invasions ou guerres civiles, propagation confessionnelle bouddhiste, musulmane ou chrétienne, croisades, pèlerinages ou persécutions, grandes découvertes, conquêtes militaires, crises socio-économiques, en sont les causes. A ces raisons politiques, religieuses ou économiques s'ajoutent les motivations psychologiques qui incitent les peuples nomades à des déplacements périodiques même dans les moments favorables, ou certaines élites intellectuelles à voyager, en vertu d'une attraction pour le mouvement ou d'une quête d'humanité nouvelle.

Les mouvements migratoires actuels revêtent un caractère économique et intercontinental. Après la première vague dirigée des pays d'Europe vers l'Amérique du Nord, soudain interrompue par de strictes restrictions à l'immigration, une seconde vague se dessine, des pays d'Afrique et du Bassin Méditerranéen vers l'Europe Occidentale industrialisée.

La France, sans le bien percevoir, est l'un des principaux pays concernés.

Aux entrées traditionnelles d'immigrants italiens et polonais, facilement assimilables, relayés progressivement par les Espagnols et les Portugais, a succédé l'immigration massive maghrébine. Parallèlement sont arrivés les Africains noirs et des ressortissants des départements d'Outre-Mer (18-33).

Que la France figure parmi les pays d'accueil ne sort pas de ses traditions ; sa genèse procède du mélange sur son territoire d'éléments ethniques hétérogènes. Il n'est pas inutile de le rappeler au moment où nous considérons les migrations récentes dans un contexte froidement économique : c'est une tentation pour un pays d'élaborer sa politique d'immigration en fonction des seuls besoins

de son propre développement ; l'opinion publique, facilement xénophobe ou tolérante, imagine l'immigration des travailleurs étrangers comme la contribution généreuse de nos sociétés industrielles aux pays sous-développés (192). Au corps médical qui constate sur l'homme les conséquences souvent désastreuses d'une politique d'immigration laissée au hasard, de se rendre compte et de rendre compte objectivement de la situation.

Les travailleurs migrants originaires des pays tropicaux et subtropicaux représentent à peine le tiers des immigrés en France : parmi eux les Maghrébins sont les plus nombreux (780.000 dont plus de 600.000 Algériens) ; viennent ensuite les ressortissants des Départements et Territoires d'Outre-Mer (150.000) puis les Noirs originaires de l'Afrique de l'Ouest francophone (50 à 70.000) (85 - 59 - 60).

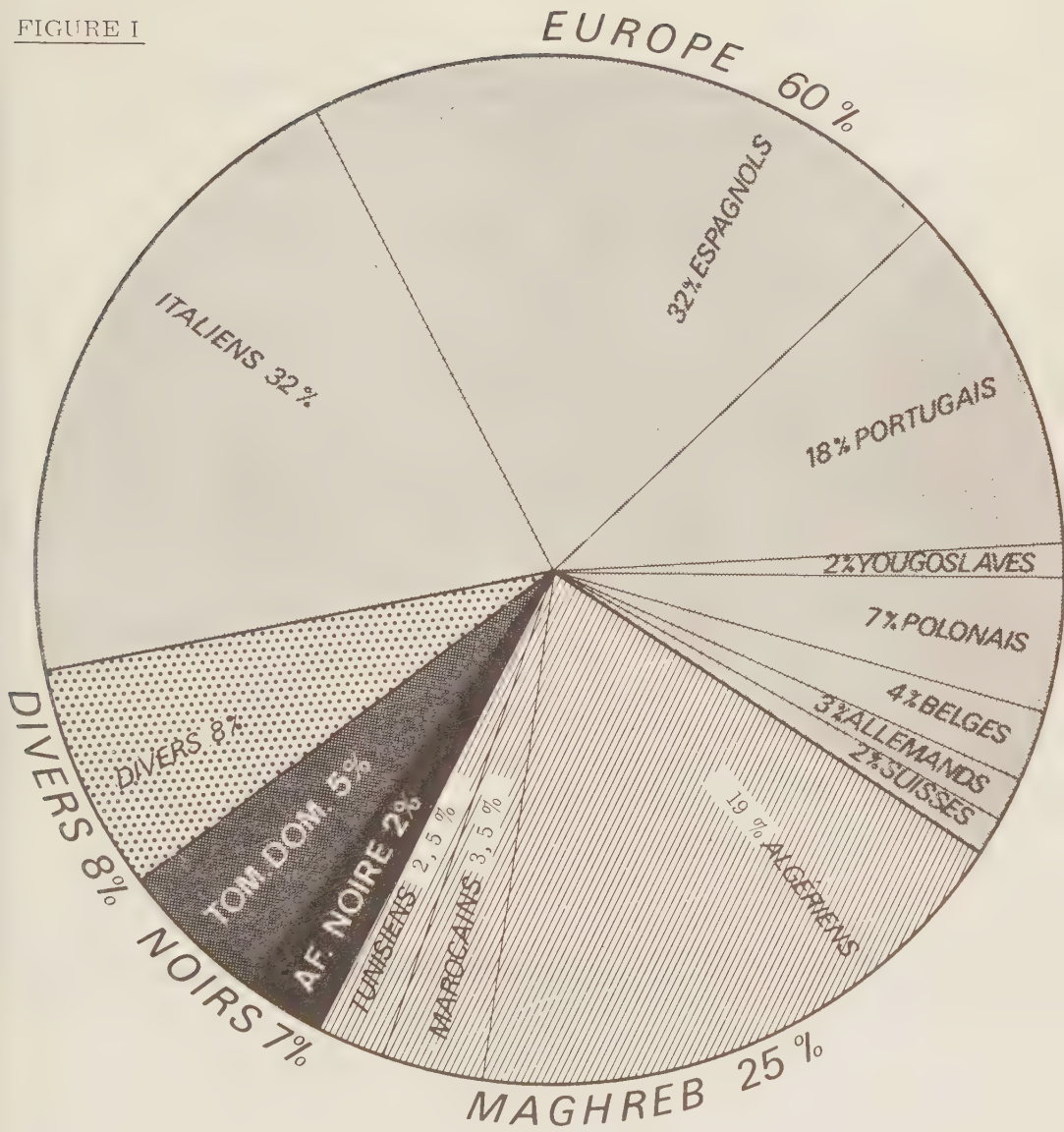
Nous étudierons les problèmes épidémiologiques de ces trois contingents en les replaçant dans leur contexte social, économique et politique avant de tenter de dégager quelles sont les actions médico-sociales prioritaires.

° ° °

Un peu en marge, les Français rapatriés (1.300.000) et les Hexagonaux ayant pour un raison ou une autre séjourné plus ou moins longtemps Outre-Mer posent des problèmes épidémiologiques et pathologiques bien différents de ceux des travailleurs immigrés. Mais ces problèmes ne sont pas pour autant négligeables et nous leur consacrerons un bref chapitre.

°
° °

FIGURE 1



LES ÉTRANGERS EN FRANCE
6% de la population métropolitaine

TABLEAU I

	Nombre	%	Total
EUROPEENS			
- Italiens	650 000	32	1 975 000 soit 60 %
- Espagnols	650 000	32	
- Portugais	350 000	18	
- Yougoslaves	40 000	2	
- Polonais	130 000	7	
- Belges	75 000	4	
- Allemands	45 000	3	
- Suisses	35 000	2	
MAGHREBENS			
- Algériens	600 000	19	780 000 soit 25 %
- Marocains	110 000	3,5	
- Tunisiens	70 000	2,5	
AFRICAINS NOIRS DE L'OUEST			
- Maliens	35 000	1	70 000 soit 2 %
- Sénégalais	20 000	0,6	
- Mauritaniens	13 000	0,34	
- Divers	2 000	0,06	
FRANCAIS D'OUTRE-MER (Territoires et Départements O. M.)			
- Antilles, Réunion, Comores	150 000	5	150 000 soit 5 %
DIVERS	275 000	8	275 000 soit 8 %
TOTAL			3 250 000

ORIGINE ET REPARTITION DES MIGRANTS
EN FRANCE

MIGRATION DES TRAVAILLEURS AFRICAINS NOIRS
ORIGINAIRES DE L'OUEST FRANCOPHONE

I - GENERALITES

- 1 - Historique
- 2 - Origine ethnique des migrants
- 3 - Motivations de l'émigration
- 4 - Volume de la migration

II - IMPLANTATION EN FRANCE

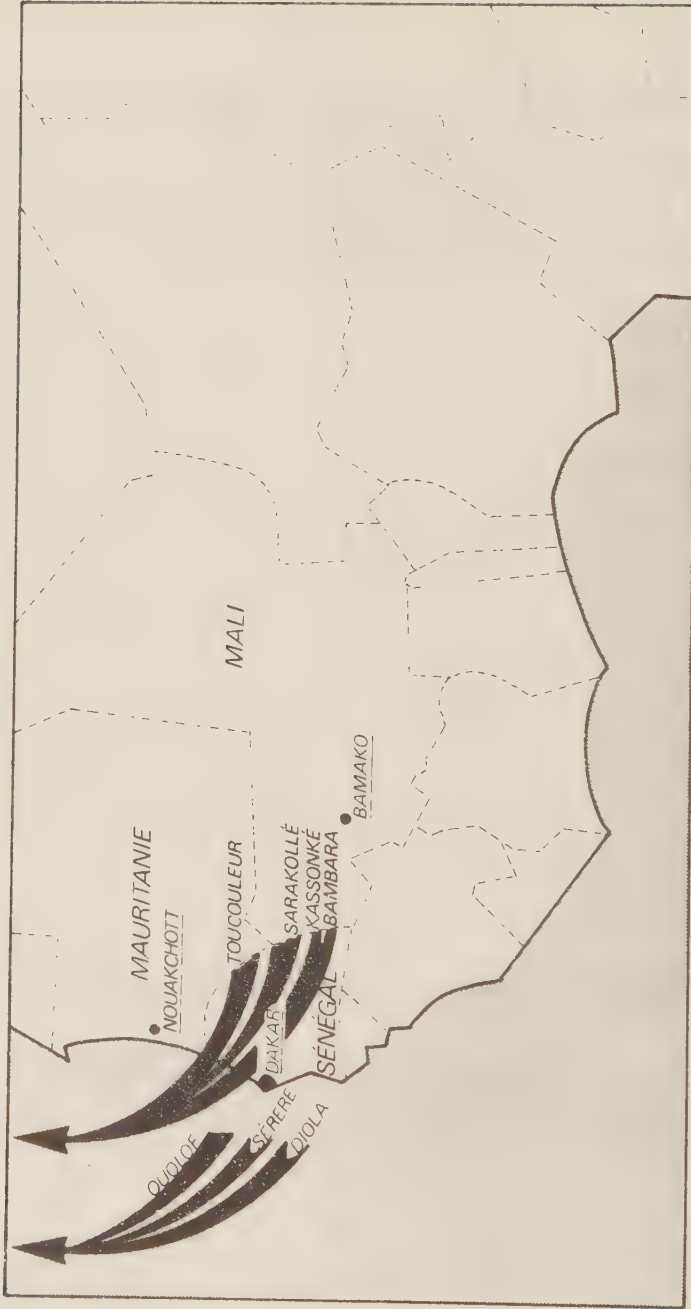
- 1 - Mode d'arrivée
- 2 - Caractères de la population
- 3 - Conditions de vie :
 - . Logement
 - . Nutrition
- 4 - Structure professionnelle
- 5 - Durée du séjour

III - PATHOLOGIE

- 1 - Pathologie d'apport
 - . Protozooses
 - . Helminthiases
 - . Autres maladies exotiques et particularités pathologiques et biologiques du Noir Africain
- 2 - Pathologie d'acquisition
- 3 - Pathologie d'adaptation

°
° °

FIGURE II



La présence des Noirs Africains est un fait récent qui ne date que des années 1960. La situation de ces migrants est particulièrement alarmante : le risque de tuberculose est 20 à 30 fois plus élevé chez eux que dans la population métropolitaine ; cette morbidité n'est pas liée à une quelconque fragilité ethnique mais aux conditions de leur transplantation ; c'est en le dénonçant qu'une politique de santé efficace pourra être instaurée.

La plupart des données épidémiologiques concernant ce groupe de migrants ont été réunies par le Pr Ag. M. GENTILINI (80, 81, 82, 83, 84, 89, 90...). C'est de ces études que nous tirerons l'essentiel de notre documentation.

I - GENERALITES

1 - Historique

Cette migration remonte à l'accession à l'Indépendance en 1959-1960 de seize pays d'Afrique noire francophone. L'émigration de travailleurs ne concerne en fait que trois d'entre eux : le Sénégal, la Mauritanie et le Mali. Des autres nations viennent seulement des stagiaires ou des étudiants, contingent bien différent.

- En janvier 1959, le Mali et le Sénégal s'unissent pour former un Etat fédéral : la République du Grand Mali; rapidement la fédération éclate, l'émigration vers la France s'amorce.

- En 1960, en raison de la nouvelle des indépendances, les ressortissants des Etats africains francophones, membres de la Communauté, bénéficient d'un statut privilégié : ils ne sont pas considérés comme des immigrants étrangers et échappent au contrôle de l'Office National d'Immigration (O.N.I.). Théoriquement tenus de venir en France avec un contrat de travail et après une

visite médicale - les pièces justificatives de ces deux conditions n'étant jamais exigées - ils bénéficient pratiquement de la libre circulation. L'importance relative que prend celle-ci conduit à la signature d'accords bilatéraux restrictifs entre le Mali (1963), la Mauritanie (1964), le Sénégal (1964) et la France ; mais ces accords sont rapidement transgressés et les migrants viennent en France, falsifiant leur âge, leur qualité (touristes), leur identité.

- Le décret du Code de la Sécurité Sociale du 29 avril 1968 sur le contrôle sanitaire des travailleurs originaires des pays d'Afrique noire francophone a freiné cette migration anarchique : le contrôle médical devient obligatoire et préalable à l'emploi de ces travailleurs, même venus en qualité de touristes. Ce contrôle doit être effectué par un service agréé, soit dans le pays d'origine (aux Consulats de France), soit dans les centres régionaux de l'O.N.I. Les critères d'inaptitudes sont établis par le Ministère du Travail et paraissent très contestables (46). Les travailleurs de l'Ouest Africain perdent le statut privilégié dont ils bénéficiaient ainsi que les travailleurs algériens et sont désormais assujettis au régime général de l'immigration.

- A la suite des événements d'Aubervilliers (*) en janvier 1970 et des remous dans l'opinion publique qu'ils ont provoqués (144), le gouvernement envisage d'appliquer une politique plus cohérente, en accord avec les dirigeants des Etats intéressés. Le 2 juillet 1970, le Ministre du Travail du Sénégal réclame un accord semblable à l'accord franco-algérien n'autorisant ses ressortissants à pénétrer en France que munis d'un contrat de travail délivré par le bureau de main-d'oeuvre, après un contrôle médical exercé par des missions médicales françaises.

- Enfin, récemment, une mesure restrictive a été prise par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (circulaire 37 du 11/8/70) qui modifie le décret de 1968 du Code de Sécurité Sociale : elle supprime la dérogation selon laquelle les travailleurs munis d'un bulletin de salaire délivré en France depuis moins de trois mois étaient dispensés du contrôle médical.

A l'heure actuelle, l'immigration des travailleurs originaires d'Afrique Noire a tendance à diminuer ; mais la lutte contre l'immigration clandestine, parfois brutale, sans nuances, fluctue

(*) Dans la nuit du 1er au 2 janvier 1970, cinq locataires d'un "hôtel" sordide meurent asphyxiés en tentant de se réchauffer.

avec les problèmes politiques et cherche trop souvent à s'appuyer sur des arguments médicaux spécieux pour refouler l'émigrant. L'absence de commission compétente auprès des Pouvoirs Publics constitue une carence inadmissible.

2 - Origine ethnique des migrants (tableau n° 2) (figure 3)

Ce sont donc des Maliens, des Sénégalais et des Mauritaniens qui viennent chercher du travail en France. En fait, leur répartition est beaucoup plus ethnique que politique : près de 80 % des migrants noirs sont des Sarakollé ; les Toucouleurs sont aussi concernés par la migration (10 %) ; enfin on note la présence de Bambara (5 %), de Peuhls (4 %) et de Ouolofs (186).

Les Sarakollé occupent le territoire Soninké, qui s'étend sur les rives du Sénégal, dans l'aire limitée par les quatre villes de Bakel (Sénégal), Kayes et Yélimané (Mali) et Sélibaby (Mauritanie) : c'est le quadrilatère sarakollé d'émigration. Après une période florissante au début de la colonisation, la transformation du commerce et le développement de la culture de l'arachide dans les zones centrales du Sénégal entraînèrent la ruine et l'abandon de cette région, divisée par d'incessants conflits internes. Il s'agit de ruraux qui passent sans transition de la brousse à Paris (186).

Les Toucouleurs occupent la moyenne vallée du Sénégal, qui s'étend de Dembakane (à 30 km en aval de Bakel) à Podor ; ils sont répartis sur les deux rives du fleuve mais sont plus nombreux sur la rive sénégalaise. Au début du siècle, les habitants de la vallée du fleuve du Sénégal se rendaient à Saint-Louis pour s'engager comme soutiers ou chauffeurs sur les grands paquebots des compagnies maritimes françaises. Depuis 1960, ils s'embarquent à Dakar pour travailler en France. A l'heure actuelle, cette émigration touche le quart de la population toucouleurs (soit 70.000 personnes) et concerne la majeure partie de la population active. Les Toucouleurs qui viennent en France migrent en 2 temps : de leur village à Dakar, de Dakar en France (54).

3 - Motivations de l'émigration

On peut invoquer une longue tradition migratoire et d'impérieuses raisons économiques.

La tradition

Depuis longtemps, des rives du fleuve Sénégal, des mouvements s'opérèrent vers d'autres régions d'Afrique, puis vers l'Europe : migrations de plus en plus longues et lointaines, avec une progression en chaîne, un petit groupe après avoir atteint une région inconnue, incitant au retour un groupe plus nombreux à s'y rendre.

TABLEAU 2

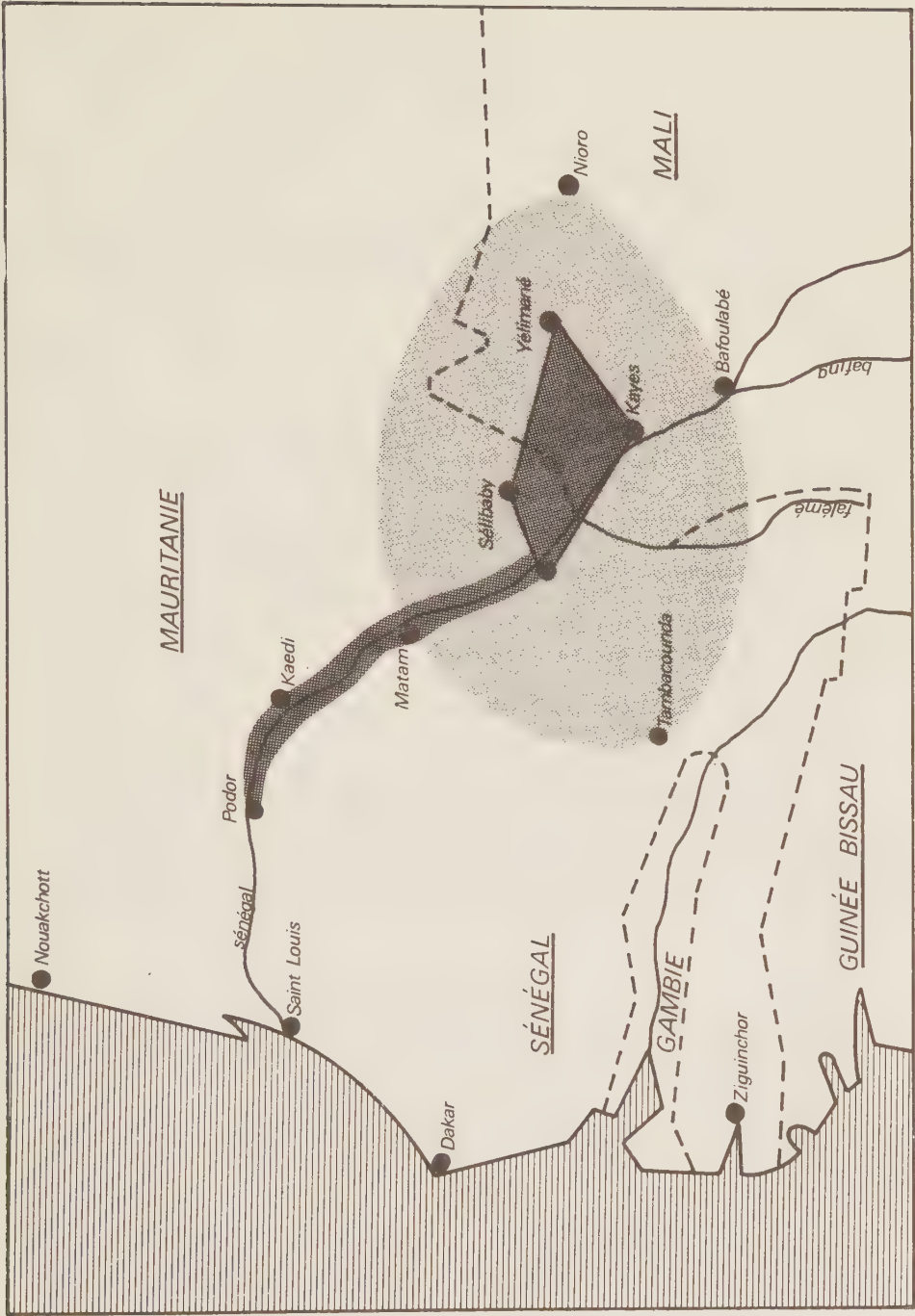
Ethnie	Statistique officielle	Statistique Pr Gentilini
Sarakollé	65 ‰	81 ‰
Toucouleurs	12 ‰	10 ‰
Bambara	4,6 ‰	4,8 ‰
Kasonkés	3,5 ‰	-
Ouolofs	14,9 ‰	5,2 ‰
Peuhls		
Malinkés		
Divers		

Origine ethnique des travailleurs
de l'Ouest africain

TABLEAU 3

	Service Pr Gentilini	Centre Bossuet
moins de 15 ans	2 ‰	5 ‰
15-20 ans	8 ‰	
20-30 ans	83 ‰	63 ‰
30-40 ans	5 ‰	26 ‰
plus de 40 ans	2 ‰	6 ‰

Age des travailleurs de l'Ouest africain



MIGRATION TOUCOULEUR ET SARA KOLLÉ

En outre, les Africains et les Sénégalais en particulier, ont participé aux deux guerres mondiales. A cette occasion, ils se sont peu ou prou intégrés à la nation dont ils portaient l'uniforme.

Les raisons économiques

Elles sont indéniables et constituent un problème d'actualité. La quasi-totalité de la population de cette zone d'émigration est composée de ruraux de condition économique précaire qui les contraignent à émigrer.

4 - Volume de la migration

Il est frappant de constater la pauvreté des statistiques à propos de cette catégorie de travailleurs. Peu de chiffres sont publiés à leur sujet, tant à l'O.N.I. qu'à l'Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques (I.N.S.E.E.) et même qu'au Ministère de l'Intérieur. Le nombre des travailleurs noirs en France est établi d'après les renseignements fournis par la Préfecture de Police, la Sécurité Sociale, les foyers et centres d'hébergement. La Préfecture de Police indique 12.562 travailleurs africains dans la Région Parisienne au début de l'année 1970.

Le nombre des travailleurs africains noirs en France se situe probablement vers 50.000 (159, 186).

Une constatation s'impose : le contingent des travailleurs noirs africains est numériquement dérisoire, par rapport aux autres catégories d'étrangers (cf. figure 1) ; ils sont même beaucoup moins nombreux que les ressortissants noirs des Départements d'Outre-Mer ; ils ne représentent que 2 % de la totalité des étrangers en France.

II - L'IMPLANTATION EN FRANCE

1 - Mode d'arrivée

On ne peut évidemment pas se fier au nombre des migrants africains régulièrement introduits par l'O.N.I. : depuis 1966, 268 hommes seulement sont entrés officiellement en France ; parmi eux, 173 par bateau, 27 par avion et 68 par des moyens non précisés (159). Les mesures prises par le gouvernement sénégalais exigeant pour les "touristes" qui viennent en France un passeport avec visa n'ont pas découragé les candidats à l'émigration : les migrants ont imaginé le tourisme indirect : ils s'envolent par exemple pour l'Italie (sans visa), atterrissent à Rome et s'introduisent en France par Vintimille. Un autre trajet passe par Prague et la Belgique. Ils sont ainsi une centaine par an à venir en France

semi-officiellement, c'est-à-dire en qualité de touristes en quête de travail.

Reste la voie clandestine, empruntée par la majorité des travailleurs noirs africains. Tous les moyens sont mis en oeuvre au départ pour s'introduire sur un bateau en échappant aux contrôles, avec la complicité et au profit de rabatteurs, passeurs, trafiquants de faux papiers (fausses cartes d'identité, faux passeports, faux contrats de travail vendus et revendus). Il n'existe évidemment aucune statistique pour ces clandestins ; il faut se contenter d'estimations : environ 3.000 à 4.000 par an (159). Ils débarquent le plus souvent à Marseille et remontent vers le Nord ; un certain nombre restent en Provence, d'autres s'arrêtent dans la région de Lyon, la majorité se fixe à Paris, mais quelques-uns se dirigent vers Lille, Roubaix, Tourcoing ou vers l'Est. Ils peuvent aussi débarquer au Havre ou à Bordeaux et de là rejoindre Paris (159).

2 - Caractères de cette population

Elle est composée d'hommes adultes jeunes, en général célibataires (tableau 3). S'ils sont mariés, ils seront séparés de leur famille pendant toute la durée du séjour. Les statistiques partielles s'accordent pour confirmer le jeune âge des migrants noirs : en 1967, sur 1.000 consultants du Pr GENTILINI, 83 % avaient entre 20 et 30 ans (82). Le Centre Bossuet donne le chiffre de 63 % pour la même tranche d'âge. La limite d'âge inférieure est difficile à préciser, les jeunes mineurs falsifiant leur identité pour trouver un travail ; mais l'âge moyen tend à augmenter : il s'agit alors de migrants de 2ème ou 3ème vague ; le nombre des travailleurs âgés de plus de 40 ans s'élève également. L'arrivée des premières femmes africaines a été signalée à la fin de l'année 1969 (37).

3 - Conditions de vie

Arrivés en France, les Africains se regroupent par ethnie en vie communautaire (5). L'Africain, contrairement à l'Antillais qui vit isolé, préfère vivre dans des conditions précaires, mais en collectivité ; ce fait est à prendre en considération dans la politique de logement prévue à leur égard sans pour autant se contenter de dortoirs améliorés.

Le logement

Les Noirs africains sont les plus mal nantis de tous les migrants. On les rencontre rarement dans les bidonvilles, mais ils n'en vivent pas moins dans des locaux misérables (186).

Les chiffres de la Préfecture de Police précisent que dans Paris même, 6.337 Noirs africains sont logés dans 39 foyers officiellement déclarés, créés et financés par le Fonds d'Action Sociale (F.A.S.), foyers à but lucratif ou humanitaire, relevant d'associations privées mais partiellement subventionnées.

Les foyers non déclarés, dits "en situation irrégulière", ou clandestins étaient en 1970 92 à Paris et 47 en banlieue, tous à but lucratif, source de profits et d'abus (tableau 4). A Ivry, une chocolaterie désaffectée et vétuste permit au gérant, lui-même africain, d'encaisser de 1965 à 1969, 913.000 F. (95) ; un conflit éclata pendant l'été 1969 entre les habitants du foyer et le gérant et contraignit les Pouvoirs Publics à intervenir : les travailleurs de ce "foyer" ont été relogés dans 3 foyers dans le Sud-Est de la région parisienne en décembre 1970. Dans le 11ème arrondissement, c'est un hôtel délabré où dans chaque chambre s'entassent 8 à 10 lits. Dans le 12ème, un hangar transformé en dortoir par un propriétaire algérien, les interstices entre les tuiles brisées servant d'orifice d'aération... et d'inondation les jours de pluie. Dans le 20ème, un hôtel où toutes les chambres sont occupées, jusqu'à la cave. Au passage de l'Epargne, une série de caves sordides. A Clichy, un grenier...

On peut dégager plusieurs caractères communs à ces taudis :

- l'entassement des locataires,
- le manque d'aération et l'humidité,
- la présence d'animaux nuisibles (arthropodes, rats),
- l'absence de chauffage obligeant à l'improvisation (poêles à charbon, gaz butane, réchauds à alcool, tous aussi dangereux par leurs émanations et les risques d'incendie qu'ils entraînent),
- l'absence ou l'insuffisance de postes sanitaires.

Devant de telles conditions de logement, on conçoit la menace pesant sur la santé de ces travailleurs, et en particulier la particulière fréquence de la tuberculose.

La nutrition

Aucune enquête précise n'a été réalisée à propos de la nutrition de ces migrants : a priori l'on peut penser que leur ration calorique total est rarement adaptée aux travaux de force qu'ils effectuent. De plus, leur régime est déséquilibré : s'ils préparent eux-mêmes leurs repas en communauté, il est monomorphe, à base de riz ; s'ils ont gardé les préceptes coraniques, ils s'abstiennent de boissons fermentées, de viande de porc et de charcuterie, et ont des réticences devant les pièces de boucherie dont ils ne connaissent pas l'origine (animaux étouffés ou électrocutés à l'abattoir).

4 - Structure professionnelle

Comment les primo-arrivants trouvent-ils du travail, et dans quels secteurs sont-ils embauchés ? Nous avons vu précédemment que depuis 1966, 268 migrants seulement sont arrivés en France munis d'un contrat de travail établi par l'intermédiaire de l'O.N.I., sur environ 15.000 entrées.

Ils s'adressent rarement aux bureaux de main-d'oeuvre des communes mais plutôt aux associations privées, ou font du porte à porte dans les bureaux d'embauche des entreprises. Fréquemment aussi, celui qui libère un emploi propose un remplaçant. L'Union Générale des Travailleurs Sénégalais en France (U.G.T.S.F.) rapporte la répartition des emplois consignée au tableau 5 (186).

TABLEAU 4

Département	Foyers irréguliers	Nombre de pers.
Paris	92	3.795
Hauts de Seine	8	330
Val de Marne	4	600
Seine-St Denis (Montreuil)	35	1.500

Répartition des foyers irréguliers de la Région Parisienne

TABLEAU 5

Industrie automobile	45 %
Industrie textile	20 %
Docks	15 %
Voirie	15 %
Gens de maison	5 %

Répartition des emplois des Travailleurs africains
noirs de 1962 à 1970 (Statistique de l'U.G.T.S.F.)

(186)

Ces pourcentages s'apparentent à ceux publiés dans le rapport d'activité du centre médico-social Bossuet, qui ouvre plus de 4.000 nouveaux dossiers par an. Les industries métallurgiques emploient 48 % des travailleurs africains noirs, les industries alimentaires 10 % et les industries chimiques 8 % (37). Plus de la moitié des travailleurs noirs sont donc des ouvriers ; ils constituent une main d'oeuvre peu qualifiée.

5 - Durée du séjour en France

Les Africains noirs émigrent pour une période minimum de 2 ans, plus souvent de 3 à 4 ans, parfois renouvelée. Ce séjour retenant sur la personnalité du migrant. Au retour, il aura acquis une certaine promotion, un désir de pouvoir d'achat supérieur, une mentalité différente. Il risque d'être doublement inadapté, à la civilisation moderne qu'il vient de quitter, et à son propre pays dont le niveau culturel et économique ne lui correspond plus. Si dans le cadre d'une politique d'immigration, les autorités françaises avaient un souci plus réel de la promotion humaine de ces hommes, ceux-ci repartiraient dans leur pays, ayant acquis un niveau culturel de base, une formation professionnelle, ou des notions adaptables de mécanique ou d'agriculture. Il n'en est malheureusement rien, car il faudrait pour cela envisager la migration dans une optique différente, plus désintéressée, et sans méconnaître que les vraies solutions au sous-développement et au chômage sont en Afrique.

III - PATHOLOGIE DU TRAVAILLEUR AFRICAIN NOIR

On doit considérer la pathologie du transplanté de l'Ouest africain sous trois aspects :

- la pathologie d'apport : elle est constituée par les affections parasitaires évolutives ou séquellaires et par d'autres maladies tropicales. C'est une pathologie exotique, parfois déroutante, que le corps médical ne peut ignorer à l'heure actuelle, sous peine d'être victime des pressions qui s'exercent parfois sur ses membres, pour écarter sans motif médicalement valable une main-d'oeuvre jugée administrativement ou politiquement indésirable.

- la pathologie d'acquisition : pathologie générale, souvent explosive, elle est dominée par la tuberculose, d'allure parfois historique et plurifocale.

- la pathologie d'adaptation : faite de désordres psychosomatiques, elle peut imposer le rapatriement.

1 - PATHOLOGIE D'APPORT

La pathologie d'apport de l'Africain de l'Ouest est dominée par les helminthiases (bilharzioses, nématodoses intestinales et filarioses), affections parasitaires relativement bénignes par rapport aux protozooses (paludisme, trypanosomiasés, amibiase) que l'on rencontre paradoxalement plus souvent chez l'Européen ayant séjourné Outre-Mer que chez ce travailleur.

Il faut souligner d'emblée que ces affections, si elles peuvent demeurer évolutives, restent en général individuelles. Elles ne sont pas directement transmissibles et ne comportent donc pas de danger pour la population d'accueil. D'autre part, elles sont aisément curables et ne peuvent donc jamais constituer un critère d'inaptitude.

Seront donc évoquées ici les protozooses, puis les helminthiases, enfin les autres maladies importées en France, qui constituent des particularités de la pathologie africaine.

PROTOZOOSSES

Protozooses sanguicoles

Le Paludisme

Le paludisme clinique n'existe guère chez l'Africain noir adulte ; celui-ci a en effet acquis dans son enfance et son adolescence, à la faveur de réinfestations itératives, un état de semi-immunité à l'égard du paludisme. En d'autres termes, l'Africain adulte ne fait pas d'accès fébrile, même s'il est porteur d'hématozoaires (ce qui n'est pas exceptionnel, puisqu'une enquête a décelé 1 % de porteurs sains d'hématozoaires parmi 1.000 stagiaires africains à Paris) (27).

Chez le primo-arrivant, seule une splénomégalie, isolée, fixée peut éventuellement être attribuée à un ancien paludisme. En revanche l'apparition d'une fièvre doit faire rechercher une tuberculose et plutôt qu'un paludisme.

Chez les Africains retournés dans leur pays d'origine après plusieurs années de séjour en France, on peut voir à nouveau d'authentiques accès palustres, car ces sujets ont perdu leur prémunition en France.

La Trypanosomiase

Elle est très rarement rencontrée en France. Sur 3.000 dossiers, M. Gentilini et Coll. n'en ont relevé que 2 cas (90).

Cependant, malgré les gros moyens déployés en Afrique pour en diminuer l'indice de contamination nouvelle, cette maladie sévit encore en foyers limités et est susceptible de réveils dûs à l'abandon du dépistage et des traitements réguliers. Mais le quadrilatère d'émigration, que nous avons évoqué, n'est pas une zone endémique de trypanosomiase.

Protozooses intestinales

L'Amibiase

L'Africain transplanté est fréquemment porteur de kystes d'*Entamoeba histolytica* ou de trophozoïtes sous forme minuta. Malgré les circonstances de la transplantation, le surmenage, le changement de climat et de régime alimentaire, la malnutrition qui semblent idéales pour favoriser une modification de la flore intestinale et transformer les formes minuta en formes *histolytica* pathogènes, les cas de dysenterie amibienne aiguë sont exceptionnels. L'amibiase hépatique l'est un peu moins.

La Lamblia

Responsable de troubles du transit et de malabsorption, elle est souvent associée à l'amibiase.

Ainsi, du point de vue épidémiologique, les protozooses n'inspirent pas d'inquiétudes : un travailleur noir migrant est rarement porteur en France d'un paludisme ou d'une trypanosomiase en évolution.

Si 3,5 à 9 % des Noirs africains sont porteurs d'amibes pathogènes, il s'agit de porteurs sains. Ce fait doit inciter à prendre des mesures de prophylaxie collective, surtout en ce qui concerne l'aménagement des latrines dans les foyers et les taudis que nous mentionnions plus haut.

Deux enquêtes parasitaires ont été effectuées récemment. L'une au Laboratoire Central de l'Hôpital Franco-Musulman (tableau 6) (166), l'autre à la consultation de pathologie parasitaire et tropicale de la Pitié (tableau 6) (90).

Si les chiffres ne sont pas exactement identiques, en raison sans doute d'un recrutement différent, ils confirment le caractère exceptionnel des protozooses chez les travailleurs migrants originaires d'Afrique Noire. Il n'en va pas de même pour les helminthiases.

TABLEAU 6

Protozooses	Nombre absolu	Pourcentage
Paludisme	24	0,8 %
Trypanosomiase	2	0,007 %
Leishmanioses	3	0,007 %
Toxoplasmose aiguë	2	0,007 %
Amibiase à <i>E. histolytica</i>	108	3,53 %
forme intestinale chronique	106	
forme intestinale aiguë	0	
amibiase hépatique	2	
Présence de formes végétatives ou de kystes d'amibes	762	25,4 %
Lamblia et Trichomonase intestinales	89	3 %

Répartition des Protozooses
sur 3.000 dossiers du Service du Pr Gentilini (90)

TABLEAU 7

Protozooses	Nombre absolu	Pourcentage
<u>Amibes non pathogènes</u>		
Dientamoeba fragilis	2	0,57 %
Endolimax nana	77	22,12 %
Entamoeba coli	90	25,86 %
E. hartmanni	15	4,31 %
E. polecki	1	0,28 %
Pseudolimax butschilii	19	5,45 %
Total	204	58,59 %
<u>Amibe pathogène</u>		
E. histolytica	33	9,48 %
<u>Flagelles intestinaux</u>		
Lambliia	22	6,32 %

Répartition des Protozooses intestinales
chez 348 Africains Noirs examinés à l'Hôpital
Franco-Musulman (166)

HELMINTHIASES

Parmi ces affections, la plus fréquente est la bilharziose urinaire à S. haematobium, la bilharziose intestinale à S. mansoni étant plus rare. Les nématodoses intestinales sont responsables d'hyperéosinophilies élevées, qui inquiètent les médecins du travail qui les découvrent. Enfin, des filarioses sont souvent retrouvées en France.

La bilharziose urinaire

La bilharziose urinaire à S. haematobium demeure très largement en tête des maladies d'apport. Elle affecte près de 50 % des transplantés, en particulier ceux qui sont originaires des pays riverains du fleuve Sénégal (Toucouleurs et Sarakollé).

Cette maladie a des manifestations fonctionnelles pour 56 % des porteurs d'oeufs. C'est dire qu'elle est latente dans près de la moitié des cas. En général, c'est l'hématurie qui fait évoquer le diagnostic et amène à rechercher les oeufs de schistosomes dans les urines.

La bilharziose asymptomatique est souvent dépistée lors d'un examen systématique par la découverte d'une protéinurie, d'une leucocyturie ou d'une hématurie microscopique (83).

L'endoscopie permet de confirmer le diagnostic, car les lésions vésicales spécifiques ou non sont pratiquement constantes (86).

L'urographie intraveineuse enfin est un examen précieux dans le bilan d'un bilharzien ; elle révèle souvent des dégâts uré-téraux et rénaux importants et insoupçonnés (157). Une enquête effectuée récemment sur 700 bilharziens est rapportée dans le tableau 8 (87).

Un anthelminthique récent, le niridazole (Ambilhar *) administré par voie orale, permet de traiter cette affection en une semaine.

On conçoit que la bilharziose urinaire, en raison de sa fréquence, de sa latence, de la simplicité de sa cure, ne puisse être retenue comme critère d'inaptitude au travail. Elle avait cependant été retenue par le décret du 28 avril 1968, et malgré son absurdité, cette décision n'a pas été rapportée mais son application a été suspendue.

TABLEAU 8

Signes fonctionnels	Douleurs (quel qu'en soit le type)	32 %
	Pollakiurie	12,5 %
	Hématuries macroscopiques intermittentes	34 %
	Pas de S. F.	44 %
Signes biologiques	Protéinurie	33 %
	Hématurie supérieure à 5000 H/mn	78 %
Cystoscopie	Normale	6 %
	Stade 1	14 %
	Stade 2	49 %
	Stade 3	31 %
U. I. V.	Calcifications vésicales	27 %
	Dilatations pyélo-calicielles	27 %
	Dilatations de l'uretère lombo-iliaque	21 %
	Dilatations de l'uretère pelvien	16 %
	Dilatations totales d'un ou deux uretères	10 %
	Rétrécissements de l'uretère lombo-iliaque	4 %
	Rétrécissements de l'uretère pelvien	10 %
	Résidu	10 %
	Vessie non homogène	23 %
	U. I. V. normale	37,5 %

Résultats d'une enquête effectuée chez 700 bilharziens

(83, 86, 87)

Les nématodoses intestinales

Chez les adultes, ce sont des parasitoses bénignes, hyper-éosinophilogènes, dont la cure est ambulatoire, le plus souvent en une seule prise. Certaines sont cosmopolites (ascaridiose), d'autres sont plus typiquement tropicales (ankylostomiase, anguillulose).

- L'anguillulose ou strongyloïdose est fréquente. C'est souvent à l'occasion d'un examen hématologique systématique qu'une hyperéosinophilie, associée ou non à des signes digestifs, permet de l'évoquer. Traitée par le thiabendazole (Mintezol **) par voie orale et en une prise unique, cette affection ne constitue jamais un motif d'hospitalisation.

- L'ankylostomiase, souvent associée à l'anguillulose, est bien supportée chez l'adulte et il est exceptionnel de voir, parmi les travailleurs migrants, un syndrome anémique qui lui soit imputable.

- L'ascaridiose, relativement fréquente, induit une hyper-éosinophilie modérée. Sa cure ambulatoire en prise unique (levamisole) n'implique aucun arrêt de travail.

Les filarioses

Quatre filarioses peuvent être observées chez les travailleurs de l'Ouest africain : la loase, l'onchocercose, la dracunculose et la bancroftose.

- La loase est rare chez les Africains de l'Ouest, car plutôt localisée en Afrique Centrale et Equatoriale.

- L'onchocercose est avec l'anguillulose l'une des causes des éosinophilies élevées et persistantes. Mais elle est aussi compatible avec des taux voisins de la normale (4 à 6 %). Elle s'accompagne rarement de nodule, plus souvent de prurit ou de gale filarienne. Les manifestations oculaires sont très rares.

- La dracunculose (ver de Guinée ou filaire de Médine) se manifeste au cours de la première année de séjour en France. Le ver apparaît au niveau des téguments où il fait issue. L'extirpation du ver par la méthode indigène reste un excellent moyen. L'extirpation chirurgicale est parfois indispensable. Enfin la filaire peut mourir et se calcifier in situ.

- La filariose lymphatique provoque peu de manifestations ; on décèle cependant parfois une adénite inguinale (à distinguer de celle induite par une dracunculose infectée), une lymphangite ou un éléphantiasis d'un membre inférieur.

TABLEAU 9

Helminthiases	Nombre absolu	Pourcentage
Bilharzioses	1.024	51 %
à <i>S. haematobium</i>	875	
à <i>S. mansoni</i>	146	
à <i>S. intercalatum</i>	3	
Ankylostomiasés	336	16,6 %
Anguilluloses	164	8,2 %
Ascaridiases	45	2,2 %
Oxyuroses	52	2,6 %
Dracunculoses	119	5,8 %
Onchocercoses	144	7,2 %
Filarioses sanguicoles	101	5 %
à <i>W. bancrofti</i>	33	
à <i>L. loa</i>	47	
à <i>D. perstans</i>	21	

Répartition des Helminthiases chez 2 000 Africains
Noirs (83)

TABLEAU 10

Helminthiases	Nombre absolu	Nombre relatif
Bilharzioses	910	21 %
à <i>S. haematobium</i>	904	
à <i>S. mansoni</i>	6	
Ankylostomiasés	55	1,3 %
Anguilluloses	20	0,4 %
Ascaridiases	11	0,2 %
Dracunculoses	63	1,5 %
Onchocercoses	28	0,6 %
Filarioses sanguicoles	12	0,2 %

Répartition des Helminthiases
chez 4.262 consultants du Centre Bossuet (37)

TABLEAU N° 12

	Sénégal Mauri- tanie Mali	Haute- Volta Guinée Côte d'Ivoire	Togo Dahomey	Niger Tchad	R. C. A.	Came- roun	Gahon	Congo Brazza- ville	Léopold- ville	Ruanda Burundi	Ma- gas Com
EXAMEN COPROLOGIQUE :											
Pourcentage de sujets para- sités par :											
<i>E. dysenteriae</i>	4,6	6,1	6,0	18,0	0	13,8	8,0	5,9	0	0	5
<i>E. hartmanni</i>	9,2	4,0	4,5	13,1	5,6	16,0	8,0	11,7	8,2	11,8	1
<i>E. coli</i>	37,0	30,6	13,2	41,0	33,3	21,8	12,0	17,6	16,3	29,4	17
<i>Endolimax nana</i>	12,3	28,6	16,9	27,9	16,7	19,5	20,0	14,7	26,5	41,2	17
<i>Pseudolimax</i>	0	0	2,4	3,3	5,6	3,4	0	0	2,0	11,8	1
<i>Lambliia</i>	4,6	4,0	3,6	4,9	5,6	4,6	0	5,9	0	0	0
<i>Chilomastix</i>	0	2	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Ascaris</i>	0	2	4,8	0	0	13,8	8,0	5,9	0	5,9	10
<i>Strongyloides st.</i>	4,6	20,4	9,6	6,6	22,2	9,2	36,0	32,4	16,3	0	5
<i>Ankylostome Necator</i> ..	15,4	30,6	25,3	39,3	50,0	32,2	48,0	23,5	16,3	0	12
<i>Trichocéphale</i>	12,3	8,2	4,5	1,6	5,6	58,6	44,0	35,3	20,4	17,6	32
<i>Trichostrongyle</i>	0	2	0	1,6	0	2,3	0	0	0	0	4
<i>Taenias</i>	1,5	6,1	1,2	1,6	0	0	0	0	0	5,9	0
<i>Hymenolepis nana</i>	0	2	0	3,3	0	2,3	0	0	0	0	0
<i>Sch. mansoni</i>	7,7	2,0	3,6	8,2	50,0	3,4	20,0	0	6,1	0	12
Nombre de sujets examinés ..	65	49	83	61	18	87	25	34	49	17	10
EXAMEN DE SANG :											
Pourcentage de sujets para- sités par :											
<i>Pl. falciparum</i>	0	2,1	0,8	4,0	0	0	0	1,8	1,3	0	0
<i>Loa-loa</i>	0	0	0	0	6,7	4,2	7,3	3,7	0	0	0
<i>D. perstans</i>	2,9	2,0	3,3	8,0	6,7	9,8	24,4	5,6	4	0	0
Nombre de sujets examinés ..	102	96	122	100	30	143	41	54	75	33	1

Résultats du bilan parasitologique effectué chez 1. 000 stagiaires
africains noirs (27)

TABLEAU 11

Helminthiases	Nombre absolu	Pourcentage
Schistosoma mansoni	8	2,3 %
Schistosoma intercalatum	0	0 %
Ascaris	8	2,30 %
Ankylostomes	55	15,79 %
Anguillules	22	6,32 %

Répartition des helminthiases intestinales
chez 348 Africains noirs examinés à l'Hôpital Franco-
Musulman (166)

Les tableaux 9, 10 et 11 indiquent la répartition des helminthiases chez les consultants Africains Noirs à l'Hôpital de la Pitié (83), au Centre Bossuet (37) et à l'Hôpital Franco-Musulman (165) : les résultats de ces trois enquêtes sont dans l'ensemble superposables. Ceux de l'enquête parasitologique effectuée parmi 1.000 stagiaires originaires d'Afrique noire, rapportés au tableau 12, sont bien différents : dans l'ensemble, le taux de parasitisme est moins élevé, ce qui n'est pas surprenant puisqu'il s'agit de sujets bénéficiant de conditions d'hygiène bien supérieures à celles des travailleurs originaires de l'Ouest Africain (27).

AUTRES MALADIES EXOTIQUES TRANSMISSIBLES DE L'AFRICAIN NOIR

Nous parlerons d'abord de deux maladies qui servent d'arguments pour entretenir la méfiance et justifier le rejet en bloc de la communauté africaine en France : il s'agit de la lèpre et de la syphilis. La panique que ces deux maladies déclenchent procède en général d'un manque d'information, ou d'informations tendancieuses.

La Lèpre

60 cas de maladie de Hansen ont été décelés dans le service du Pr Gentilini (moins de 1 % des consultants) : 85 % chez les Africains, 15 % chez les Antillais (83). Leur classification est consignée dans le tableau 13. Seuls les contagieux (formes ouvertes, présence de bacille de Hansen dans le mucus nasal) doivent être écartés du travail et traités isolément en milieu hospitalier. Ceux qui sont porteurs de formes tuberculoïde ou indéterminée par contre, peuvent être traités tout en continuant à travailler sans inconvénient pour leur entourage.

La principale démarche du médecin est de réintégrer le malade et de démystifier la maladie de Hansen, plutôt que de contrôler un malade en règle docile. (voir tableau N° 13 p. 27)

Les Tréponématoses

La réaction de Bordet-Wassermann est synonyme de syphilis vénérienne pour la plupart des praticiens : chez l'Africain, mieux vaut parler de Tréponématose ; on peut en effet chez lui observer trois affections qui laissent la même trace sérologique : le pian transmis par voie cutanée ; le bégel ou syphilis endémique non vénérienne ; la syphilis vénérienne, enfin.

La banalité des sérologies cardiolipidiques positives chez les Africains en France ne manque pas malgré tout de poser au praticien des problèmes de diagnostic et de thérapeutique délicats.

G. Niel et M. Gentilini ont réexaminé cette question à la lumière d'une technique d'immunofluorescence quantitative et spécifique, appliquée au sérum de 1.000 Africains, originaires de l'Ouest africain (153). A la technique de fluorescence a été associée la réaction de floculation de Kline. Cette association, qui allie une exécution simplifiée aux mérites d'une titration suffisamment précise des anticorps, donne une image fidèle de l'ensemble de la maladie tréponémique. Les résultats sont exposés dans le tableau 14. 47,8 % sont positifs en immunofluorescence ; 35 % sont positifs en Kline et parmi eux, presque tous sont également positifs en IF, cette concordance étant un critère suffisant de spécificité. L'interprétation des sérums dissociés reste délicate : le test de Nelson tranche les cas litigieux.

Face à ce tableau sérologique bruyant, la clinique est pauvre : sur les 1.000 malades étudiés par Niel et Gentilini, 4 seulement avaient une syphilis récente, dont 2 au stade secondaire.

Quelle conduite tenir devant des titres élevés évocateurs d'une infestation diffuse et active ? Il semble qu'une sérologie positive à la fois en Kline et en immunofluorescence, franche, stable et homogène, ne puisse être attribuée au pian ou au bégel affections anciennes, le plus souvent stabilisées quand ces migrants parviennent en France. L'éventualité d'une syphilis vénérienne, malgré la rareté des accidents primaires, doit être évoquée. Une conclusion pratique s'impose : les immunofluorescences de titre supérieur à 4.000 justifient la mise en oeuvre d'une cure pénicillinée avec surveillance biologique et clinique régulière.

TABLEAU 13

Formes lépromateuses (L)	3 %
Formes tuberculoïdes (T)	60 %
Formes Border Line (B)	3 %
Formes indéterminées (I)	34 %

Répartition des différentes formes de lèpre
rencontrées chez 60 hanséniens africains (83)

TABLEAU 14

	Kline +	Kline -	Total
Immunofluorescence +	353	126	478
Immunofluorescence -	3	519	522
Total	356	644	1.000

Sérologie tréponémique chez 1.000 Africains
noirs transplantés (152)

Les mycoses

Mycoses superficielles

Le pityriasis versicolor est très fréquent. Les classiques "taches café au lait" prennent sur peau noire un aspect dépigmenté et peuvent évoquer une maladie de Hansen. Le scotch test redresse aisément le diagnostic.

Les teignes du cuir chevelu comme de la peau glabre sont très répandues. Mariat et coll. ont signalé de nombreux porteurs apparemment sains de dermatophytes : sur 100 Africains dépourvus de toute lésion teigneuse visible, ils ont décelé 11 porteurs de *Trichophyton soudanense*, 3 de *Trichophyton rubrum* et 1 d'*Epi-dermophyton floccosum*. Ces individus peuvent être des agents contaminateurs ignorés et c'est un fait épidémiologique notable (128).

Mycoses profondes

Elles sont infiniment plus rares : on signale cependant de temps à autre des cas de chromoblastomycose (170), de phycomycose sous-cutanée (118), et surtout de mycétome (67, 167, 170 et 91) et d'histoplasmosse africaine (souvent confondue avec une tuberculose) (21, 50, 123, 170).

AUTRES PARTICULARITÉS DE LA PATHOLOGIE D'IMPORTATION DES AFRICAINS DE L'OUEST

Elles intéressent presque toutes les spécialités : l'hématologie, la cardiologie, l'hépatologie, la dermatologie et l'ophtalmologie notamment.

Hématologie

L'hémogramme normal de l'Africain diffère sensiblement de celui de l'Européen. Il comporte habituellement une légère tendance à la leucopénie, une neutropénie - nette en valeur absolue comme en valeur relative -, une hyperéosinophilie et une lymphocytose (tableau 16). Hormis l'hyperéosinophilie imputable aux helminthiases, ces anomalies sont mal expliquées (163).

A la différence de ce qu'on observe en Afrique, les anémies des travailleurs migrants sont rarement imputables à une carence (en fer, en acide folique...) ou à une parasitose (ankylostomiase, paludisme...).

Les hémoglobinopathies sont fréquentes, mais il s'agit, en France, presque toujours de formes hétérozygotes asymptomatiques. Les résultats d'une enquête portant sur 1.500 travailleurs Africains transplantés à Paris (83,3 % Sarakollé, 6,4 % Toucouleurs) sont rapportés au tableau 15 : on remarque la particulière fréquence de la drépanocytose hétérozygote (13,3 %) (89). Une autre enquête, portant sur 1.000 sujets, donne des résultats comparables (14,6 % de AS et 4,8 % de AC) (53).

Le déficit en Glucose-6-Phosphate-Deshydrogénase est largement répandu en Afrique de l'Ouest où il atteint 6 à 20 % de la population selon les ethnies (15, 122). Aucune enquête systématique n'a été réalisée en France, mais on peut supposer qu'il existe néanmoins un fort pourcentage de porteurs de la tare. Bien que le déficit en G6PD soit moins profond dans la race noire que dans la race blanche (réduction à seulement 20 à 30 % du taux de l'enzyme), il faut en tenir compte avant de prescrire à un Africain Noir un médicament susceptible de déclencher une hémolyse (amino-8-quinoléine, P.A.S....).

Quant aux splénomégalias chroniques que l'on palpe chez 2 à 3 % des adultes africains, il s'agit le plus souvent de splénomégalias palustres fixées (Charmot). Plus rarement, elles sont dues à une bilharziose, une cirrhose tropicale, une hémoglobinopathie (notamment CC ou SC).

TABLEAU 15

Hémoglobine	Nombre	Pourcentage
AA	1.202	79,3 %
AS	201	13,3 %
AC	90	6 %
AJ	1	
AF	2	
CC	2	
SC	1	
SD	1	

Répartition des Hémoglobines
Enquête effectuée sur 1.500 travailleurs de l'Ouest
africain (89)

Cardiologie

Deux particularités de la cardiologie africaine déroutent le cardiologue français : les anomalies de l'électrocardiogramme normal et les endomyopathies primitives.

Les anomalies de l'électrocardiogramme normal du Noir africain :

Chez un grand nombre d'Africains parfaitement sains (37 % selon Koate) (110), on constate des troubles de la repolarisation de plusieurs types :

Type I : sous-décalage de ST et inversion de l'onde T dans les précordiales droites ;

Type II : sus-décalage de ST et ondes T de grande amplitude (7 à 17 mm dans les précordiales de V2 à V5) ;

Type III : ondes T arrondies ou aplaties dans les mêmes dérives.

Ces anomalies, encore inexpiquées, sont labiles et dépourvues de toute signification pathologique, mais risquent de faire errer le diagnostic.

Les endomyocardiopathies primitives (85) : On rencontre chez l'Africain toutes les cardiopathies cosmopolites (à l'exception de l'athérome coronarien qui est exceptionnel) mais aussi nombre de cardiopathies primitives originales :

Myocardites interstitielles primitives

Elles évoluent sous le masque d'une asystolie rapide, fébrile ou non, parfois associée à des douleurs pseudo-angineuses, tandis que l'électrocardiogramme montre un microvoltage des complexes rapides, des troubles de la conduction et de la repolarisation et parfois même une onde Q profonde de fibrose transmurale.

Fibrose endomyocardique (F.E.M.)

Cette affection, strictement africaine, se caractérise anatomiquement par une épaisse fibrose de l'endocarde non valvulaire et parfois du myocarde, voire du péricarde. Elle simule souvent cliniquement et même hémodynamiquement une péricardite avec adiasstolie ("dip plateau"). Elle est constamment mortelle en un ou deux ans.

Endocardite fibro-plastique de Loëffler

Plus rare que la précédente, elle en est proche anatomiquement et cliniquement mais comporte des manifestations extra-cardiaques (embolies, thromboses, manifestations rénales, neurologiques, lésions artériolaires diffuses...).

Ces cardiopathies primitives sont fréquentes (15 à 20 % de l'ensemble des affections cardiaques à Dakar). Leur pathogénie est encore mystérieuse : on invoque volontiers la sommation d'agressions bactériennes, virales, parasitaires, dysmétaboliques, etc... sur un terrain immunologique particulier...

Hépatologie (85)

Le foie de l'Africain est rarement strictement normal : certes on ne peut tenir aucun compte des perturbations des tests de floculation, dits "hépatiques" (Kunkel Zinc) qui sont dues à l'hypergammaglobulinémie habituelle du Noir Africain, sur laquelle nous reviendrons. L'abaissement, fréquent, du taux de prothrombine (sans syndrome hémorragique) est déjà plus significatif.

Surtout, la biopsie hépatique objective très souvent les altérations de la "mésenchymatose commune de l'Africain" :

infiltrats à cellules rondes et fibrose périportaux, voire interstitiels, parfois discrets signes de souffrance hépato-cellulaire. L'origine de ces hépatites mésenchymateuses est controversée : paludisme ? viroses hépatotropes ? Leur devenir est tout aussi incertain.

Les hépatites virales n'ont pas d'incidence particulière chez les travailleurs Africains transplantés. On sait en revanche qu'elles sont particulièrement fréquentes en Afrique noire et que près de 10 % des Africains sont porteurs de l'antigène Australia : ceci implique que cet antigène reste beaucoup plus longtemps dans le sang des malades qu'en Europe ; ceci explique aussi sans doute la fréquence des cirrhoses tropicales et justifie en tous cas la recherche systématique de l'antigène Australia chez d'éventuels donneurs de sang originaires de l'Afrique de l'Ouest.

Les cirrhoses rencontrées chez les migrants Noirs Africains sont habituellement des cirrhoses de type post-nécrotique, macronodulaires et inflammatoires ; elles sont donc proches des cirrhoses "tropicales" et diffèrent entièrement de la classique cirrhose éthylique.

Quant au cancer primitif du foie, c'est de loin le cancer le plus fréquent chez les Africains, aussi bien à Dakar qu'à Paris. De diagnostic généralement évident, il est au-dessus des ressources thérapeutiques (et pose souvent le problème d'un rapatriement rapide...).

Ophtalmologie

Les ophtalmologues parisiens décèlent souvent chez les Noirs Africains les séquelles - plus ou moins gênantes - d'une affection bactérienne ou virale (conjonctivite épidémique, surinfection bactérienne ou herpétique de la rougeole, trachome), beaucoup plus rarement une parasitose oculaire (onchocercose) (114).

Dermatologie

La dermatologie de l'Africain est d'une grande richesse : aux affections cosmopolites s'ajoutent en effet un certain nombre de dermatoses exotiques : lèpre, tréponématoses, parasitoses, mycoses, ulcères phagédéniques (parfois cancérisés) (85).

Les affections dermatologiques prennent souvent un aspect inhabituel sur peau noire : ainsi l'érythème n'est pas rouge, mais brun violet foncé ; les troubles de la pigmentation sont particulièrement fréquents (en plus : lichen, lichénification ; ou en moins : vitiligo, lèpre T, pityriasis...) ; l'hyperkératose est - quelle

qu'en soit la cause - plus marquée ; enfin les cicatrices chéloïdiennes, ou même les chéloïdes spontanées, sont d'observation courante.

Particularités biologiques

Certaines ont été signalées (anomalies de l'hémogramme, hémoglobinopathies, sérologie syphilitique...).

Les anomalies du protidogramme sont très fréquentes et l'on a pu parler d'une "dysprotéïnémie commune de l'Africain" (Charmot). Elles comportent une hyperprotidémie et une hypergammaglobulinémie faite d'IgG et d'IgM. Ces anomalies seraient dues aux multiples agressions antigéniques subies par l'Africain dès son enfance (tableau 16) (77). Elles expliquent l'accélération habituelle de la vitesse de sédimentation, en l'absence de tout phénomène aigu.

Les anomalies du lipidogramme sont moins importantes (tableau 16) (82).

TABLEAU 16

	Africain	Européen
Polynucléaires neutrophiles	40 à 45 %	60 à 65 %
Polynucléaires éosinophiles	10 %	1 à 3 %
Polynucléaires basophiles	0,5 %	0,5 %
Lymphocytes	40 à 42 %	25 à 30 %
Monocytes	4 %	4 à 8 %

Chiffres moyens des éléments de la formule leucocytaire
chez l'Africain et chez l'Européen

	Africain	Européen
Protides totaux	85 g/litre	70 à 75 g/l
Albumine	42,8 g/l	40 à 50 g/l
Globulines	42,2 g/l	25 à 30 g/l
Rapport A/G	# 1	# 1,5
α 1	3,4 %	3,7 %
α 2	8,5 %	8,3 %
β	10,5 %	12,2 %
γ	25,6 %	17,1 %

Chiffres moyens du protidogramme chez l'Africain
et chez l'Européen

	Africain	Européen
Lipides totaux	5,05 g	6,05 g
Cholestérol total	1,50 g	2 g

Chiffres moyens du lipidogramme chez l'Africain
et chez l'Européen

2 - PATHOLOGIE D'ACQUISITION

On pourrait évoquer dans ce chapitre toute la pathologie générale habituellement présentée par les individus d'une population donnée, depuis les affections aiguës saisonnières jusqu'aux problèmes de dermato-vénérologie, en passant par les affections rhumatismales. En fait, il faut tenir compte de ce que, sur le plan général, une certaine sélection se fait au départ, et que ce sont les sujets les plus résistants qui viennent en France. Il faut donc opposer à la multiplicité des tableaux du chapitre précédent, l'uniformité, l'unicité de la pathologie d'acquisition, qui se résume pratiquement à la tuberculose.

LA TUBERCULOSE

Elle domine la pathologie d'acquisition et même toute la pathologie du Noir transplanté.

Fréquence

En 1968, 1.056 Noirs Africains étaient hospitalisés pour une tuberculose, soit 2/100 de l'ensemble de la population africaine (contre 3/1000 de nos compatriotes). Ce chiffre ne représente cependant pas la totalité des sujets atteints, puisqu'un certain nombre ne viennent pas consulter, même s'ils sont malades, échappent aux visites systématiques obligatoires ou refusent de se faire hospitaliser ou de suivre une cure sanatoriale (40).

Des enquêtes parcellaires donnent une image plus inquiétante encore : M. Fourestier, dans la collectivité noire de Montreuil, a dépisté plus de 10 % de tuberculeux ; au centre médico-social Bossuet, sur 1.960 examens radiologiques, 780 ont révélé une tuberculose, soit un taux de dépistage de 39,4 % (ce taux ne dépasse pas 3 à 4 ‰ dans la population française) (6).

D'après les documents récemment publiés, le risque tuberculeux est de 20 à 30 fois plus élevé chez les Noirs Africains que dans la population métropolitaine (40).

Conditions d'apparition et facteurs étiologiques

Pour expliquer la fréquence de la tuberculose chez les travailleurs africains migrants, on a d'abord invoqué l'importance de l'endémie tuberculeuse en Afrique, faisant des tuberculoses observées des maladies d'apport. Il est vrai que la tuberculose est beaucoup plus fréquente en Afrique noire qu'en France (5 fois plus fréquente d'après les auteurs Dakarois) (85). Il est vrai également que 80 à 90 % des migrants originaires d'Afrique de l'Ouest ont des réactions tuberculiques positives à leur arrivée en France (6).

Mais il est exceptionnel de déceler une tuberculose en évolution au cours du contrôle radiographique à l'arrivée. La tuberculose "maladie" apparaît habituellement entre le 6^e et 18^e mois du séjour en France et revêt d'emblée un caractère explosif et volontiers multifocal (6, 25, 38, 84).

Ceci souligne bien l'importance de la transplantation dans l'éclosion de ces tuberculoses. Le surmenage des migrants, leur alimentation insuffisante, leur misérable condition sociale, l'insalubrité de leurs logements sont incontestablement les facteurs favorisants essentiels (6, 84).

Il est permis de rapprocher les tuberculoses du Noir Africain transplanté de celles des déportés de la dernière guerre. Dans les camps de concentration, la tuberculose avait pratiquement la même fréquence, la même gravité, le même caractère explosif et multifocal que dans les taudis où s'entassaient les africains.

Pour conclure, on peut signaler la rareté de la tuberculose chez les stagiaires africains vivant dans des conditions décentes (121).

Aspects anatomo-cliniques (tableaux 17, 18, 19).

Les tuberculoses ganglionnaires médiastinales

Elles sont fréquentes et originales (22, 25, 84, 121)

Ces adénopathies sont souvent asymptomatiques et découvertes lors d'un examen radiographique systématique. Parfois existe une certaine altération de l'état général.

A la radio, les adénomégalias sont uni- ou bilatérales (30%) et souvent volumineuses, parfois pseudo-tumorales.

Elles restent isolées, déterminant parfois des troubles de ventilation ou se fistulisent dans les bronches. En dehors de cette dernière éventualité, les bacilloscopies sont généralement négatives.

Ces adénopathies réagissent généralement bien au traitement médical.

Les autres tuberculoses ganglionnaires

Les atteintes ganglionnaires superficielles sont aisément reconnues. Il n'en va pas de même des adénopathies tuberculeuses abdominales qui peuvent se traduire uniquement par une fièvre au long cours ; la lymphographie a permis de les reconnaître.

Les localisations pulmonaires

Elles revêtent rarement l'aspect d'une caverne simple, mais ressemblent plus souvent à la phtisie galopante d'antan : les lésions radiologiques sont étendues, énormes, beaucoup plus importantes que les signes cliniques le laissaient supposer. Les miliaires ne sont pas rares. (84, 121, 24).

Autres localisations

Certaines sont banales : atteinte des séreuses (pleurésies, péricardites, méningites), atteinte du squelette (Pott classique ou spondylite vertébrale atypique...), atteinte hépatique ou splénique ; les localisations uro-génitales sont plus rares. On signale de temps à autre des atteintes cutanées, muqueuses, musculaires.

Diagnostic

Il faut penser systématiquement à la tuberculose, sachant que c'est la maladie la plus fréquente chez ces travailleurs.

Le diagnostic positif se fonde sur la confrontation des données cliniques, radiologiques, bactériologiques et parfois histologiques.

Traitement

Il est simple dans ses principes. Les tuberculostatiques spécifiques sont en effet d'une remarquable efficacité.

Les adénopathies en particulier régressent rapidement sous traitement spécifique, associé ou non à la corticothérapie.

La chirurgie complète parfois utilement le traitement médical, notamment en cas d'atteinte ostéo-articulaire où l'abord direct peut accélérer la guérison.

Mais les modalités d'application de ce traitement restent discutées : cure sanatoriale ou traitement ambulatoire ?

La cure sanatoriale classique

Elle garde des partisans car elle permet l'administration régulière des tuberculostatiques aussi longtemps que nécessaire et le repos des malades fatigués ; en outre, elle assure l'isolement des tuberculeux contagieux et facilite la mise en oeuvre des traitements complémentaires (chirurgie...).

Mais elle impose un arrêt de travail prolongé de 12 à 18 mois. C'est un inconvénient majeur pour les Africains venus en France pour travailler et faire quelques économies ; ils ont une telle crainte de perdre leur travail (et de ne pas en retrouver un autre à leur sortie de sanatorium) que bien souvent ils refusent purement et simplement le départ en sanatorium et cherchent même à échapper au dépistage systématique.

Le traitement ambulatoire

La majorité des tuberculeux peuvent travailler et être soignés en ambulatoire, d'emblée ou après quelques mois de repos, à condition bien entendu de prendre leurs tuberculostatiques.

Le traitement ambulatoire s'indique d'emblée - ou après une brève hospitalisation pour bilan - si la tuberculose est bénigne et non contagieuse (tuberculose ganglio-médiastinale par exemple). On attendra la négativation des bacilloscopies si la tuberculose est bacillifère et la stabilisation des lésions si elle est très évolutive (miliaire, méningite...) ou très destructrice (tuberculose ostéo-articulaire).

Mener à bien un traitement ambulatoire est difficile. Il faut en effet :

- expliquer au malade l'importance d'un traitement régulier et prolongé ;
- l'aider dans ses démarches auprès de la Sécurité Sociale ou de l'A. M. G. et dans ses relations avec la Médecine du Travail ;
- parfois lui fournir ses médicaments ou l'aider à les acheter ;
- le convoquer régulièrement à des contrôles où on s'assurera de la prise effective et de la tolérance des tuberculostatiques ainsi que de l'évolution favorable de la tuberculose ;
- le rechercher s'il ne se présente pas à ces convocations (ce qui est problématique s'il a changé de domicile, de travail, voire d'identité...)

Prophylaxie

Elle repose sur la vaccination par le BCG, le dépistage et le traitement des tuberculeux (55).

La vaccination par le BCG

Elle s'applique aux sujets dont les réactions tuberculiques sont encore négatives, c'est-à-dire à 10 ou 20 % des Africains arrivant en France.

Le dépistage des tuberculeux

Il est essentiellement radiologique : contrôles radio-photo-graphiques tous les 4 ou 6 mois, notamment dans les deux premières années du séjour en France. Il est assuré par la Médecine du Travail, les dispensaires et les contrôles dans les foyers.

Pour éviter les clichés inutiles, il serait souhaitable que chaque travailleur possède un carnet de Santé (qui aurait du reste d'autres avantages).

Les tuberculeux dépistés doivent être traités, si possible en ambulatoire.

Ces mesures prophylactiques réussiront dans la mesure où elles seront comprises et acceptées par les intéressés. Il est indispensable de "dédramatiser" la tuberculose dans l'esprit des Africains : il faut leur expliquer l'intérêt du dépistage précoce, la possibilité d'un traitement ambulatoire dans la majorité des cas...

TABEAU 17

Adénopathies médiastinales	47
Adénopathies superficielles	7
Adénopathies abdominales	3
Tuberculoses pulmonaires	30
Pleurésies	10
Péricardites	2
Péritonites et atteintes hépatospléniques	3
Tuberculose uro-génitale	5
Localisations ostéo-articulaires	11

Répartition de 118 localisations tuberculeuses relevées dans 1.000 dossiers de travailleurs africains (82)

TABLEAU 18

Adénopathies profondes	médiastinales	89	94 cas
	abdominales	5	
Adénopathies superficielles	cervicales	10	14 cas
	axillaires	2	
	épitrochléennes	1	
	inguinales	2	
Atteintes associées	pulmonaires	30	46 cas
	pleurales	9	
	péricardiques	2	
	Hépatospléniques	5	
	ostéo-articulaires	5	
	abcès froids	4	
	divers	3	

Formes anatomo-cliniques de 100 tuberculoses
ganglionnaires chez le Noir Africain transplanté (22)

TABLEAU 19

Rachis	22
dont Pott classique	8
ostéite vertébrale atypique	14
Côtes	7
Sternum	3
Clavicule	4
Crâne	2
Hanche (cotyle)	1
Poignet (radio carpienne)	1
Main (métacarpien)	1
Genou	2
Cheville (malléole interne)	1
Pied (tarse)	1

Localisation de 45 ostéoarthrites tuberculeuses
observées chez 40 Africains Noirs transplantés
à Paris (161)

LES AUTRES AFFECTIONS ACQUISES

Elles sont tout à fait secondaires : mentionnons simplement la fréquence des affections aiguës saisonnières, comme les pneumopathies bactériennes ou virales et insistons un peu plus sur la toxoplasmose.

A leur arrivée en France, 38,7 % des Africains Noirs seulement ont une sérologie toxoplasmique positive (contre plus de 90 % des adultes métropolitains). Au bout d'un an, plus de 50 % ont une sérologie positive (tableau 20) (153). Il est curieux de constater que les Africains Noirs, non contents d'importer d'innombrables parasitoses en France, peuvent en contracter une nouvelle dans notre pays...

TABLEAU 20

	Africains	Européens
Nombre de sérums testés	600	400
Positifs		
Nombre	271	360
Pourcentage	45,1	90

Résultats comparés des sérologies toxoplasmiques d'Africains de l'Ouest et d'Européens

En France depuis	Nombre de sérums	% de positifs
0 - 2 mois	111	38,7 %
2 mois - 1 an	86	43 %
plus d'un an	149	51,3 %
Total	346	

Pourcentage sérologies toxoplasmiques positives
selon la date d'arrivée en France pour 346 Africains
de l'Ouest (153)

3 - PATHOLOGIE D'ADAPTATION

Jusque dans ces dernières années, la politique d'immigration cherchait seulement à faire venir une main-d'oeuvre étrangère à des fins purement économiques. Elle tend actuellement à favoriser l'implantation en France de cette main-d'oeuvre, l'intégration et mieux encore son assimilation, le triomphe de cette politique étant la naturalisation.

Les phénomènes socio-psychologiques inhérents à l'immigration sont en général minimisés, du fait d'une tradition culturelle égalitaire. On pratique une sorte d'égalitarisme de surface, qui ne supprime en rien la barrière linguistique et ne permet pas d'évaluer le potentiel pathogénique des échecs d'adaptation au pays d'accueil.

La fréquence des troubles

En France, la morbidité psychiatrique des émigrants récemment transplantés est le double ou même le triple de celle des nationaux ; la portée de ces estimations globales doit être nuancée par l'analyse statistique de chaque contingent de travailleurs étrangers qui jusqu'ici n'a pas été réalisée.

Les formes cliniques

Une sélection s'opérant au départ, on voit peu de sujets présentant des troubles majeurs (oligophrénie, délires chroniques, etc...). Tout au plus peut-on trouver parmi les Africains quelques "aliénés voyageurs" comme il en existe dans tous les lots de migrants, en particulier ceux dont le psychisme plus labile n'a pas résisté aux coutumes tribales agressives et qui quittent leur village dans l'espoir de trouver ailleurs une ambiance moins coercitive. Dans ce cas la transplantation peut être bénéfique.

Le plus souvent, il s'agit de sujets normaux au départ, mais rapidement perturbés. La symptomatologie qu'ils présentent est en général atypique et elle offre surtout des caractères de mobilité déconcertants : troubles fugaces nés du remodelage des structures psychologiques qui attesteraient une forme d'adaptation accélérée au changement du milieu. Dans leur évolution, ces désordres mentaux risquent fort de se fixer à certaines phases de leur développement, si les conditions aliénantes persistent, ou si l'attitude de thérapeutique se révèle trop rigide (82, 83).

La psychoprophylaxie

L'originalité des phénomènes pathologiques observés appelle des méthodes et des instruments originaux. Le Centre F. Minkowska intégré au dispositif de l'hygiène mentale de la Ville de Paris tente de résoudre les problèmes psycho-sanitaires des migrants et prouve l'existence d'une "psychopathologie des migrants" et la nécessité d'une assistance psychiatrique spécialisée.

MIGRATION DES TRAVAILLEURS ORIGINAIRES
DES DEPARTEMENTS ET TERRITOIRES
D'OUTRE-MER

I - GENERALITES

- 1 - Introduction
- 2 - Causes démographiques et économiques
- 3 - Volume de la migration

II - IMPLANTATION EN METROPOLE

- 1 - Mode d'arrivée
- 2 - Structure professionnelle
- 3 - Conditions de vie

III - PATHOLOGIE

- 1 - Pathologie d'apport
- 2 - Pathologie d'acquisition

°
° °

I - GENERALITES

1 - INTRODUCTION

Hors des frontières de l'Europe, à des milliers de kilomètres de la métropole, dispersés dans deux océans, les départements et territoires d'Outre-Mer font partie de la République et leurs habitants sont citoyens français.

Les départements d'Outre-Mer (D. O. M.) sont au nombre de 4 : la Guyane, au flanc de l'Amérique du Sud ; la Martinique et la Guadeloupe, deux îles, du groupe des Petites Antilles ; enfin la Réunion, en plein Océan Indien, proche de Madagascar. Colonies du XVIIème siècle (1604 : la Guyane ; 1635 : les Antilles ; 1642 : la Réunion), leur évolution au cours de ces trois siècles a été marquée par l'implantation de structures administratives et législatives imitées de la métropole. Ces "vieilles colonies" sont représentées au Parlement depuis 1870. La loi de mars 1946 les a promues au rang de départements français.

Les territoires d'Outre-Mer (T. O. M.) comprennent : le territoire français des Afars et des Issas (Djibouti), les Comores, les îles Wallis et Futuna, la Nouvelle Calédonie, la Polynésie française et Saint Pierre et Miquelon. Le contingent des migrants originaires des T. O. M. est trop peu important pour se prêter à l'étude épidémiologique. Aussi dans tout ce qui suivra nous nous attacherons presque exclusivement aux migrants originaires des D. O. M.

2 - CAUSES DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES

Si la Guyane représente en superficie à peu près le 1/5ème de la France, les trois îles se caractérisent par leur exiguïté : la Guadeloupe représente à peine le 1/5ème de la Corse avec 1.780 km² et la Martinique le 1/8ème (1.100 km²). La Réunion est plus grande (2.500 km²).

La population ne répond pas au terrain dont elle dispose, car si la Guyane n'abrite sur son immense territoire que 44.300 habitants (1967), la population de la Guadeloupe est estimée à 312.700 habitants et celle de la Martinique à 320.000 habitants. Pour la Réunion, le chiffre était évalué à 438.400 habitants en septembre 1969 (tableau 21) (58, 106).

Dans les trois îles, creuset complexe de races et de sang mêlés, le taux d'accroissement démographique est élevé, supérieur à 3 % (le quadruple de celui de la métropole) ; il s'agit d'une population jeune dont 52 % a moins de 20 ans (58).

Ce sont des pays ruraux aux ressources insuffisantes : les terres arables ne représentent que le quart de la superficie totale. 50 % d'entre elles sont occupées par des cultures tropicales (canne à sucre, bananes, ananas) qui constituent à elles seules 90 % des exportations. Face à l'explosion démographique, l'isolement de ces îles, la lenteur du développement industriel et la faiblesse du taux d'emploi de la main-d'oeuvre concourent fatalement à favoriser l'émigration.

TABLEAU 21

		superficie (km ²)	popula- tion	densité populat. (hab/ km ²)	excédent naiss. s/décès
M. O. D.	Guyane	91.000	44.300	0,5	921
	Martinique	1.100	320.000	274	7.500
	Guadeloupe	1.780	312.700	171	7.900
	Réunion	2.510	438.400	151	12.400
T. O. M.	Territoire fçais des Afars et des Issas	22.000	86.000	4	
	Comores	2.171	220.000	101	
	Nouvelle Calédonie	19.000	91.000	5	
	Polynésie fçaise	4.000	88.000	22	
	Wallis et Futuna	200	8.500	42	
	Nouvelles Hébrides	14.763	68.000	5	

Démographie des T. O. M. - D. O. M. (58)

3 - VOLUME DE LA MIGRATION

Bien que tout le monde s'accorde à la reconnaître importante, c'est une migration difficile à chiffrer ; la migration antillaise en France métropolitaine peut être considérée comme une migration intérieure, puisque les habitants des D. O. M. sont citoyens français. Elle a été amorcée dès le XIX^{ème} siècle ; certaines familles sont implantées depuis plus de trois générations.

En janvier 1962, la population antillaise en France métropolitaine était évaluée par les services de l'I. N. S. E. E. à 62. 000 personnes ; c'est l'année de la création du Bureau pour le Développement des Migrations des Départements d'Outre-Mer (BUMIDOM). Société d'Etat dépendant de l'administration centrale des DOM, elle est critiquée dans ses principes (l'Antillais, descendant d'esclaves, serait de nouveau "traité" pour les besoins économiques exclusifs de la métropole française) et dans ses méthodes (le migrant, dont le voyage est payé par l'organisme, doit répondre à des critères bien définis : on ne lui laisse pas le choix de son emploi en métropole, on l'oriente vers ceux dans lesquels le marché de l'Hexagone réclame de la main-d'oeuvre).

Une étude a été publiée en octobre 1968 par le Bureau pour le Développement de la Production Agricole (BDPA) après 6 ans de fonctionnement du BUMIDOM pour juger l'évolution de la migration issue des DOM et les problèmes qu'elle engendre (28) : elle permettait de répondre aux critiques qui ont cours depuis quelques années aux Antilles, du fait des "séparatistes" et aux protestations qui se sont élevées dès 1962 et amplifiées en mai 1968.

Cette enquête nous apprend que de 1962 à 1967, le BUMIDOM a facilité l'implantation en France de 13.473 Antillais et de 5.628 Guyanais (soit 19.101 personnes). Du 1^{er} janvier 1967 au 1^{er} janvier 1970, il permet le déplacement de 10.640 personnes. Le rythme des arrivées est assez régulier : 5.000 Antillais et 2.000 Réunionnais et Guyanais par an.

D'après les responsables du BUMIDOM, 47 % de la migration serait spontanée (*). Or, les Antillais qui prennent l'initiative de venir en Métropole sont difficiles à suivre une fois implantés puisque légalement ils se fondent dans la masse des Français. C'est pourquoi il est délicat de recenser exactement la population née dans les départements d'Outre-Mer émigrée en Métropole : les chiffres varient de 95.000 à 150.000 (105, 28).

(*) Jean Lacouture cite des chiffres assez différents : "sur les quelque 120.000 Antillais qui vivent actuellement en France, 31.600 y sont venus avec l'aide du BUMIDOM mais par contre, 88.400 sont venus par leurs propres moyens et en dehors de tout encadrement". Il y aurait donc environ 73 % de migrants "spontanés" (112).

TABLEAU 22

D. O. M.	Guadeloupe	25.960
	Martinique	36.580
	Guyane	4.600
	Réunion	17.060

T. O. M.	Comores	780
	Territoire français des Afars et des Issas	1.300
	Saint Pierre et Miquelon	940
	Nouvelle Calédonie et Polynésie Française	6.420
Total		93.740

Population née dans les D. O. M. ou les T. O. M.
et résidant en métropole, au recensement de
1968 (105)

TABLEAU 23

	1954	1962	1967
Antillais	12.000	62.000	90.000
Réunionnais	4.000	21.000	30.000
Total	16.000	83.000	120.000

Population d'origine antillaise et réunionnaise
résidant en métropole d'après le B. D. P. A. (28)

Il ne semble pas y avoir de "courant migratoire" à proprement parler, à l'exemple d'autre contingents qui ne restent que quelques mois ou quelques années pour repartir ensuite. Le taux des migrants antillais et réunionnais qui repartent n'est que de 10 %. Ils arrivent d'ailleurs en France sans billet de retour et semblent n'y venir que pour s'y fixer.

La population immigrée est concentrée dans la région parisienne (62 % de la population antillaise et 33 % de la population réunionnaise). On peut en déduire qu'il y a au minimum 55.800 Antillais et 9.900 Réunionnais établis à Paris et les départements de la couronne.

II - IMPLANTATION EN FRANCE

1 - MODE D'ARRIVEE

On a affirmé que les Antillais arrivaient "en métropole après avoir vendu leurs biens, sans argent et sans vêtement", que les engagements pris par le BUMIDOM au départ n'étaient pas tenus à l'arrivée, que les travailleurs étaient condamnés à effectuer les travaux refusés par les métropolitains ou voués au chômage, tandis que les femmes devaient se livrer à la prostitution, que sur le plan du logement, "la moitié des familles antillaises vivent à l'hôtel, à raison d'une famille par chambre, ou entassés dans des mansardes" (28).

Sur une population totale de 100.000 à 120.000 migrants, il y a 62.000 actifs (38.000 hommes et 24.000 femmes). Leurs activités sont variées et intéressent la plupart des professions exercées par les Français "métropolitains" (cadres moyens, professions libérales en particulier) (tableau 24).

Toujours d'après l'enquête du BDPA (28) : 45 % émigrent pour des raisons économiques ; 35 %, pour des raisons d'ordre psycho-sociologique (conseils, lettres reçues, mirages métropolitains) ; 20 %, pour des raisons fortuites.

Ceux qui s'adressent au BUMIDOM bénéficient d'avantages : pré-formation professionnelle, promesse d'emploi aux chômeurs, voyage aller gratuit (aller seulement), prime de séjour les premiers temps (300 F. le premier mois) ; en revanche, le contrôle médical est strict (examen clinique général, radiographie pulmonaire, dépistage de la syphilis, toutes les sérologies positives étant éliminées). Ceux qui sont déclarés inaptes par le BUMIDOM grossissent les rangs des "migrants spontanés".

En général, départ et voyage ne créent pas de difficultés, qui ne commencent qu'avec le séjour et l'éventuel retour ou congé.

2 - LIEU D'IMPLANTATION ET STRUCTURE PROFESSIONNELLE

L'émigration atteint surtout les milieux urbains ; le nombre des ruraux est infime. 30 % des Antillais et Réunionnais se fixent dans la Région parisienne, 23 % dans le Midi ; le reste se dissémine en petits groupes sur tout le territoire.

La structure professionnelle de ces migrants est assez diversifiée (tableaux 24, 25). Il existe aux Antilles des centres d'apprentissage où les hommes, mais non les femmes, décidés à partir par le canal du BUMIDOM, reçoivent une formation professionnelle, en fait insuffisante, inadaptée aux problèmes spécifiques qu'ils rencontreront en Métropole ; souvent la qualification acquise n'est pas reconnue.

Pour les femmes, le problème est différent : plus de 50 % viennent en Métropole munies d'un contrat de travail émanant des organismes publics (en particulier l'Assistance Publique à Paris) (cf. tableau 25).

Une enquête a été menée au sein du personnel de l'Assistance Publique à Paris : en 1968/69, sur 45.000 agents employés par l'Assistance Publique, 31 % étaient originaires de la Région Parisienne, 11 % de Bretagne, 10 % des départements d'Outre-Mer et 3 % d'Afrique du Nord (68).

La qualification professionnelle de ce groupe est moyenne : les femmes sont agents temporaires (25 %), agents titulaires (25 %), aides-soignantes (10 % environ), rarement infirmières (4 % en moyenne). Certains hôpitaux recrutent plus d'Antillais (maximum à l'hôpital Saint-Louis). En 1969, le Bureau du Personnel de la Salpêtrière a recruté 27 % du personnel parmi les "ultra-marins". A l'Assistance Publique, les problèmes d'adaptation et d'intégration de ce personnel mériteraient d'être mieux connus et des enquêtes identiques devraient être conduites dans les grandes compagnies de transports aériens ou maritimes, les douanes, les P. et T, les grands magasins, la R. A. T. P.

3 - CONDITIONS DE VIE

Puisqu'ils viennent pour se fixer, ces migrants n'envoient pas d'argent dans les DOM, mais cherchent au contraire à s'assurer sur place des conditions de vie acceptables : 35 % équilibrent à peine leur budget et 30 % vivent endettés. L'endettement, même s'il ne porte que sur des sommes réduites, pèse lourdement sur les premières années d'implantation et rend aléatoire tout espoir

TABLEAU 24

Secteurs	Nombre relatif d'hommes	Nombre relatif de femmes
Primaire (ruraux	0,3	0,1
Secondaire (travaux publics, bâtiment)	48,3	6,1
Tertiaire (Domaine public, Administration, P. et T., R.A.T.P., Gds Magasins)	51,4	93,8

Répartition par secteurs d'activités des ressortissants des D. O. M.

TABLEAU 25

Hommes		Femmes	
Fonction publique (RATP, douanes, P. et T, compagnies maritimes...)	27 %	Personnel de service	23 %
Ouvriers et manoeuvres	20 %	Domestiques	18 %
Employés	16 %	Administration publique	18 %
Contremaîtres	14 %	Ouvriers spécialisés	15 %
Cadres moyens	10 %	Cadres moyens	11 %
Professions libérales	9 %	Ouvriers qualifiés	7 %
		Banques et assurances	5 %
		Commerce	5 %

Professions exercées en France par les ressortissants des D. O. M.

de retour aux îles (168). Il est aggravé ou entretenu par le coût du voyage de congé (vacances cumulées tous les 2 à 4 ans).

Le travail des femmes pose des problèmes de gardiennage des enfants souvent difficiles à résoudre, vu le petit nombre des équipements existants (crèches) et la précarité de l'équilibre du budget qu'il faut s'efforcer de préserver.

Mis à part quelques foyers depuis longtemps saturés, le BUMIDOM ne peut plus prendre en charge le logement des migrants originaires des départements d'Outre-Mer.

Il n'y a pas d'Antillais dans les bidonvilles. Ils vivent en général dans les chambres d'hôtel, en attendant de trouver une chambre ou une mansarde à louer. On relève dans l'enquête du BDPA (28) que 65 % d'entre eux vivent dans une seule pièce. Le logement est donc pour eux un problème grave, bien qu'on en parle peu. Ils vivent isolés, car ils refusent d'être misérablement rassemblés. Cela contribue à briser les liens sociaux traditionnels.

En conclusion de ce chapitre, nous voudrions rappeler quelques faits qui peuvent permettre une meilleure compréhension et un meilleur accueil de cette population.

Les migrants des DOM sont des francophones, scolarisés pour la plupart (la population antillaise est alphabétisée à 95 %). Il n'y a donc pas à envisager pour eux d'alphabétisation, seulement un recyclage.

C'est une population noire, plus facilement heurtée que les Africains de l'Ouest par des propos inadaptés. La qualification de "nègre" déclenche de leur part une réaction de fierté légitime, souvent interprétée comme une susceptibilité excessive. Cette attitude des métropolitains procède d'un manque du sens de l'accueil et d'une méconnaissance des faits historiques. L'héritage colonial est beaucoup plus lourd pour les Antilles que pour le Maghreb ou l'Afrique de l'Ouest, car la conquête militaire s'y est accompagnée d'une déportation du travail jusqu'en 1848. Ce qui peut paraître éloigné à un métropolitain est encore précis dans l'esprit du travailleur antillais qui arrive parfois croyant trouver en France générosité et liberté et qui, rapidement, aux premières déceptions, risque de se replier sur lui-même.

III - PATHOLOGIE

1 - PATHOLOGIE D'APPORT

Mal connues, les maladies importées des Antilles ou de la Réunion sont dépistées grâce à des examens paracliniques qui exigent un certain discernement dans le choix et l'interprétation (68).

TABLEAU 26

Département	Nombre absolu
Martinique	146
Guadeloupe	173
Guyane	10
Réunion	14

Origine des consultants

non parasités	102	30 ‰
mono parasités	121	36 ‰
pluri parasités	113	33 ‰

Pourcentage des sujets parasités

Affections	Nombre absolu	Pourcentage
Anlylostomiases	124	37 ‰
Anguillulose	95	18 ‰
Bilharziose (à S. mansoni)	75	22 ‰
Amibes - non pathogènes	49	14 ‰
- pathogènes	14	4 ‰
Lambliaose	20	6 ‰
Filarioses	12	3 ‰
Ascaridiases	9	2 ‰
Téniasis	2	0,6 ‰
Tréponématoses - fixées	2	0,6 ‰
- évolutives	2	0,6 ‰
Hansen	1	0,3 ‰

Résultats d'une enquête portant sur 343 consultants
originaires des D. O. M. (85)

Les parasitoses (tableau 26)

. Le paludisme n'existe ni aux Antilles françaises, ni à la Réunion.

. L'amibiase maladie est rare chez les Antillais, mais on décèle assez souvent dans leurs selles des kystes d'*E. histolytica* et de *Lamblia*.

. Les larves et les oeufs d'helminthes, en revanche, sont très fréquents et presque constamment détectés. Le cocktail coprologique habituel des Antillais comporte en association : des oeufs d'ankylostomes (*N. americanus*), des larves d'anguillules, des oeufs de schistosomes (*S. mansoni* exclusivement) ; parfois des oeufs d'ascaris. Enfin, dans le sang, la microfilaire de Bancroft est fréquemment mise en évidence, sur simple frottis de sang coloré au May Grünwald Giemsa, ou par examen direct du sang de préférence après 22 heures, ou par leucoconcentration. Mais les manifestations cliniques de la filariose lymphatique sont rares (éléphantiasis, chylurie).

. De ces parasitoses, on retiendra :

- qu'elles sont dominées chez le travailleur antillais, par les helminthiases, qui induisent une hyperéosinophilie sanguine surtout élevée en cas d'anguillulose.
- qu'elles sont en général asymptomatiques ; le déparasitage est conseillé seulement parce qu'il permet un meilleur état de santé et donc, une meilleure capacité de travail.
- qu'il n'y a pas de bilharziose urinaire aux Antilles, seulement une bilharziose intestinale.

Les autres affections exotiques

Les ressortissants des départements d'Outre-Mer peuvent, en outre, présenter 3 maladies déroutantes pour le praticien métropolitain : la lèpre, la drépanocytose et les tréponématoses.

La lèpre

15 % des Hanséniens dépistés par le Pr Gentilini sont des Antillais. Cette affection ne semble pas présenter de caractères particuliers chez les Antillais par rapport aux Africains.

Les hémoglobinopathies

350 électrophorèses d'hémoglobine ont été effectuées chez les Antillais (43 % originaires de la Martinique, 57 % de la Guadeloupe). Les résultats, rapportés au tableau 27, sont assez proches de ceux obtenus chez les Noirs Africains : 12,3 % de drépanocytoses hétérozygotes (83).

TABLEAU 27

Hémoglobine	Pourcentage
AS	12,3 %
AC	2,9 %
SC	1 individu
AF	1 individu

Résultats de l'étude de 350 hémoglobines
chez des Antillais (83)

Les tréponématoses

La sérologie est positive dans 25 % des cas ; ce pourcentage relativement élevé déclenche de la part des syphiligraphes traditionnels une série de mesures coercitives et des thérapeutiques agressives, prolongées, injustifiées.

Ces réactions relèvent de la syphilis vénérienne pour une part, d'autres constituent des séquelles sérologiques du Pian - véritables cicatrices rebelles à toute pénicillinothérapie (68). Depuis l'éradication du Pian aux Antilles, on devrait observer moins de sérologies positives chez les sujets de moins de 20 ans.

Il est important de souligner le nombre des consultants, en général dirigés par les médecins du travail, chez qui on ne retrouve aucune affection ; on notera aussi que les affections présentées sont bénignes et permettent une vie normale. Elles ne justifient en général aucun arrêt de travail.

2 - PATHOLOGIE D'ACQUISITION

Si la tuberculose ne revêt pas de caractères dramatiques comme chez les travailleurs africains, les Antillais sont cependant fragiles vis-à-vis de cette affection - en raison de la transplantation, des difficultés d'adaptation au climat, au rythme de travail, aux conditions de vie. Les chiffres révèlent que la morbidité tuberculeuse de l'Antillais transplanté est le quadruple de celle observée aux Antilles (en 1969 : 18 cas de tuberculose sont relevés Outre-Mer pour 54 en Métropole).

Aspect clinique

Les tuberculoses ganglionnaires à localisation hilare ou cervicale sont fréquentes. On les découvre lors d'examens systé-

matiques. Les tuberculoses pulmonaires ne sont pas rares : elles revêtent un caractère aigu, à début brutal et évoluent favorablement sous traitement.

Prophylaxie

Cette maladie requiert une rigoureuse prévention (contrôle tuberculinique, radiologie, vaccination ante-migratoire). Ces mesures ne semblent pas être appliquées avec rigueur.

°
° °

MIGRATION DES TRAVAILLEURS
ORIGNAIRES DU MAGHREB

LES ALGERIENS

I - GENERALITES

- 1 - Historique
- 2 - Causes économiques et démographiques
- 3 - Une législation plus restrictive
- 4 - Volume de la migration

II - IMPLANTATION EN FRANCE

- 1 - Emploi
- 2 - Insertion géographique et logement

LES TUNISIENS

LES MAROCAINS

PATHOLOGIE DES MAGHREBINS

- I - Pathologie d'apport
- II - Pathologie d'acquisition
- III - Pathologie d'adaptation

LES ALGERIENS

I - GENERALITES

1 - Historique

La première vague d'émigration algérienne date de la première guerre mondiale : elle répondait à l'appel lancé par la France, pour remplacer les hommes mobilisés. Ce mouvement se ralentit entre les deux guerres en raison des limites du marché de l'emploi. L'émigration reprend dès 1945. La Kabylie, dont les hommes s'expatrient traditionnellement, fournit presque la moitié des effectifs. La population algérienne immigrée passe de 160.000 en 1948, à 300.000 en 1955. C'est une émigration temporaire, d'hommes qui envoient leurs économies dans leur pays. Elle diminue au moment de l'Indépendance en 1962. Mais dès 1963 l'exode reprend. A l'issue de la guerre d'Algérie, on ne prévoyait pas que "les décolonisés de l'Algérie libre" viendraient se recoloniser en France. En fait, ce mouvement est préconisé par le gouvernement algérien lui-même : il résoud partiellement le problème du chômage, contribue à équilibrer la balance des paiements avec la France et constitue en quelque sorte un "stage de formation professionnelle" (4).

Quant à la France, elle maintient une politique libérale envers les immigrants algériens, en raison de ses besoins de main-d'oeuvre, mais aussi pour des motifs politiques. "Elle se trouve donc exposée à une immigration qui peut dépasser ses capacités d'emploi, d'accueil et jusqu'aux capacités de compréhension de certains éléments de sa population" (132).

2 - Causes économiques et démographiques

L'Algérie, sur le plan de l'agriculture, dispose de sols hétérogènes, souvent médiocres, soumis à une érosion violente. Elle ne peut espérer une agriculture équilibrée et polyvalente. Le sous-sol par contre offre d'appréciables ressources. L'Algérie doit cependant se tourner vers les autres pays pour établir ses échanges commerciaux, en sachant que ses plus proches voisins, Maroc et Tunisie, en proie aux mêmes difficultés, ne peuvent lui être d'aucun secours.

A la suite des accords d'Evian (19 mars 1962) et du scrutin d'autodétermination (6 juillet 1962), l'Indépendance de l'Algérie fut officiellement proclamée. La France léguait au nouvel Etat un actif loin d'être négligeable. Mais le départ en masse des Européens priva le pays de ses cadres ; les Algériens, marqués par sept années de guerre, n'avaient pas le ressort nécessaire pour remettre en marche la machine économique. Malgré l'adoption d'un système socialiste bien défini (juin 1962), la situation en 1966 n'était pas satisfaisante. Il est difficile de faire état de données comparatives ou statistiques : il existe peu de renseignements relatifs aux dernières années de l'Algérie Française, qu'elles n'aient pas été établies ou qu'elles aient été détruites.

En conclusion, en 1966, le secteur agricole sur lequel le gouvernement algérien compte pour dégager les fonds destinés à l'industrialisation, doit être subventionné. L'industrialisation progresse néanmoins assez rapidement grâce aux ressources pétrolières et à l'aide des pays de l'Est.

Depuis l'Indépendance, le rythme de croissance démographique est bien supérieur au rythme de croissance économique. En juin 1963, l'Algérie comptait 10.590.000 habitants ; en juin 1966, 12.000.000. Cette population se masse surtout dans le Nord du pays ; la Kabylie, zone de refuge, est particulièrement peuplée. De plus, cette population s'est nettement urbanisée. Le taux d'accroissement de la population serait un des plus forts du monde (30 %). Toutefois, cette natalité élevée n'est peut-être que provisoire, identique à celle qui suit toute guerre.

La population active représente à peine le quart de la population totale. Sur 4,5 millions d'hommes et de femmes qui travaillent, plus d'un million travaillent "plus ou moins", c'est-à-dire pour beaucoup, moins de 50 jours par an. La situation de l'emploi est caractérisée par l'importance de la main-d'oeuvre disponible : il y aurait plus d'un million de chômeurs, chiffre qui ne tient compte ni du nombre important d'ouvriers non qualifiés embauchés temporairement et chômeurs en puissance, ni du demi-million d'Algériens qui travaillent en France (148).

L'Algérie offre donc actuellement de faibles possibilités de travail. Les besoins de main-d'oeuvre en Europe et le chômage chronique en Algérie permettent à eux seuls de comprendre la migration des travailleurs algériens en France et dans les régions industrielles de Belgique et d'Allemagne (179).

3 - Une législation plus restrictive

L'accession à l'Indépendance entraînait normalement la perte de la nationalité française pour les personnes domiciliées en Algérie. Néanmoins, beaucoup d'Algériens, même lorsqu'ils résidaient en Algérie, ont conservé de plein droit la nationalité française et ont eu jusqu'en 1966 la faculté de se faire reconnaître français. La loi du 20 décembre 1966 abroge cette disposition.

Jusqu'en 1964, les Algériens affluaient sur simple présentation d'une carte d'identité. L'immigration se faisait au gré du gouvernement algérien qui envoyait en France le maximum de ses ressortissants, sans contrat de travail ni autorisation de séjour. Un contrôle plus sérieux s'avérait nécessaire. Malgré les mesures restrictives prises en 1964, les touristes ayant toujours le droit de circuler librement, tous les candidats au travail se prétendaient touristes le temps du voyage : en 1966, 40.000 travailleurs se présentèrent en cette qualité.

En 1968, en raison de la situation du marché du travail, au terme d'un échange de vues avec les autorités algériennes, pour leur faire comprendre les inconvénients d'une immigration totalement inorganisée, il fut établi que la France n'accueillerait plus qu'un contingent limité d'Algériens, n'excédant pas 35.000 par an (57).

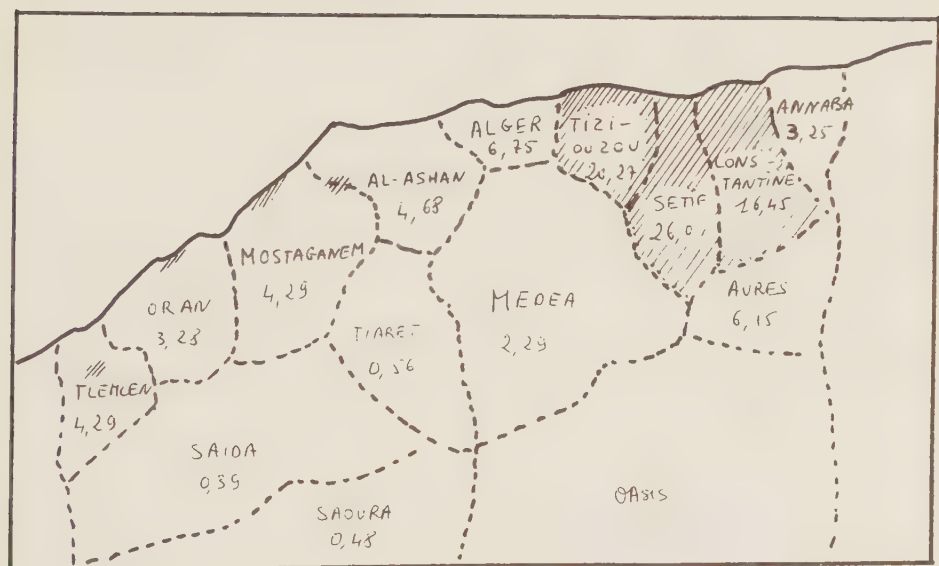
Le candidat à l'émigration doit être obligatoirement muni soit d'un contrat de travail, soit d'une carte délivrée par l'Office National Algérien de la Main-d'Oeuvre (ONAMO), dont les centres sont établis à Oran, Alger, Constantine et Annaba (ex-Bône). Le candidat constitue un dossier civil, verse une caution à l'ONAMO et se soumet à une visite médicale faite par des médecins français. Si, une fois en France, il ne trouve pas de travail en 9 mois, il est rapatrié. Pour les touristes, il ne leur est pas délivré de carte de séjour, leur temps de résidence est de trois mois, à la suite de quoi ils sont rapatriés. Il affluent malgré tout, mais ont beaucoup de difficultés pour régulariser leur situation en France, sauf les commerçants (57).

Pour les familles, le regroupement ne se fait que si les conditions de vie et de logement sont reconnues convenables, après demande du travailleur et enquête de la Préfecture.

4 - Volume de la migration

La migration algérienne est caractérisée par son extrême mobilité ; là plus qu'ailleurs, il est indispensable de tenir compte à la fois du nombre des arrivées et du nombre des départs, la population algérienne en France s'évaluant d'après le solde entre ces deux mouvements (tableaux 29 et 30).

FIGURE 4



Pourcentage, par département des algériens résidant à l'étranger en 1966 (179)

TABLEAU 29

	Nombre	Pourcentage
hommes de plus de 16 ans	397.411	60,39
femmes de plus de 16 ans	57.927	8,81
enfants de moins de 16 ans	202.725	30,80
Total	658.063	

Population algérienne en France
(juillet 1970) (4)

TABLEAU 30

	1968	1969
Algériens arrivant en France	230.920	257.647
Algériens retournant en Algérie	198.165	230.319
Solde	32.755	27.328

Mouvement migratoire des Algériens
entre l'Algérie et la France (4)

En 1968, d'après le recensement, les musulmans d'Algérie étaient 556.500 (175). En 1970, on évalue le nombre des Algériens à 658.000 (4).

II - L'IMPLANTATION EN FRANCE

1 - L'emploi

Une enquête est effectuée chaque trimestre par le Ministère chargé des Affaires Sociales, d'après les renseignements fournis par le Ministère du Travail. En 1970, le nombre des travailleurs étaient évalué à 382.500. Sur ce lot, 180.800 étaient manoeuvres, 132.800 ouvriers spécialisés, 36.700 ouvriers qualifiés. Quant à leurs activités, elles sont plus variées que celles des autres migrants, mais la première place revient toujours au Bâtiment (tableau 31). Il est intéressant de noter que 49.000 des travailleurs de ce groupe ont des "activités diverses" (4).

TABEAU 31

Secteur d'activité	Nombre	%
Bâtiment et travaux publics	163.291	42,5
Industries mécaniques	51.237	13,39
Production des métaux	31.266	8,17
Industries chimiques	19.886	5,19
Transports	9.322	2,43
Industries textiles	12.772	3,33
Matériaux de construction	12.396	3,24
Mines et carrières	6.796	2,00
Agriculture	6.097	1,59
Services publics	20.238	5,29
Divers	49.246	12,87

Répartition des emplois des travailleurs algériens
résidant en France en 1970 (4)

L'embauche de ces travailleurs est parfois source de difficultés au sein des entreprises, car au regard des syndicats : "le recours à la main-d'oeuvre étrangère est un calcul politique qui cherche à opposer aux travailleurs organisés des contingents de chômeurs affamés récemment immigrés, prêts à accepter n'importe quelles conditions de travail". (51).

2 - Insertion géographique et l'habitat

La carte de répartition des Algériens en France permet de constater une forte concentration dans la Région Parisienne, mais il existe aussi une certaine "régionalisation" de cette population. Les régions du Nord, de la Lorraine, mais surtout du Rhône-Alpes et de la Provence-Côted'Azur, sont particulièrement concernées.

Dans la Région Parisienne, l'INSEE estime le nombre des Algériens aux environs de 210.000 en 1968 ; le ministère de l'Intérieur donne le chiffre de 250.000 (4).

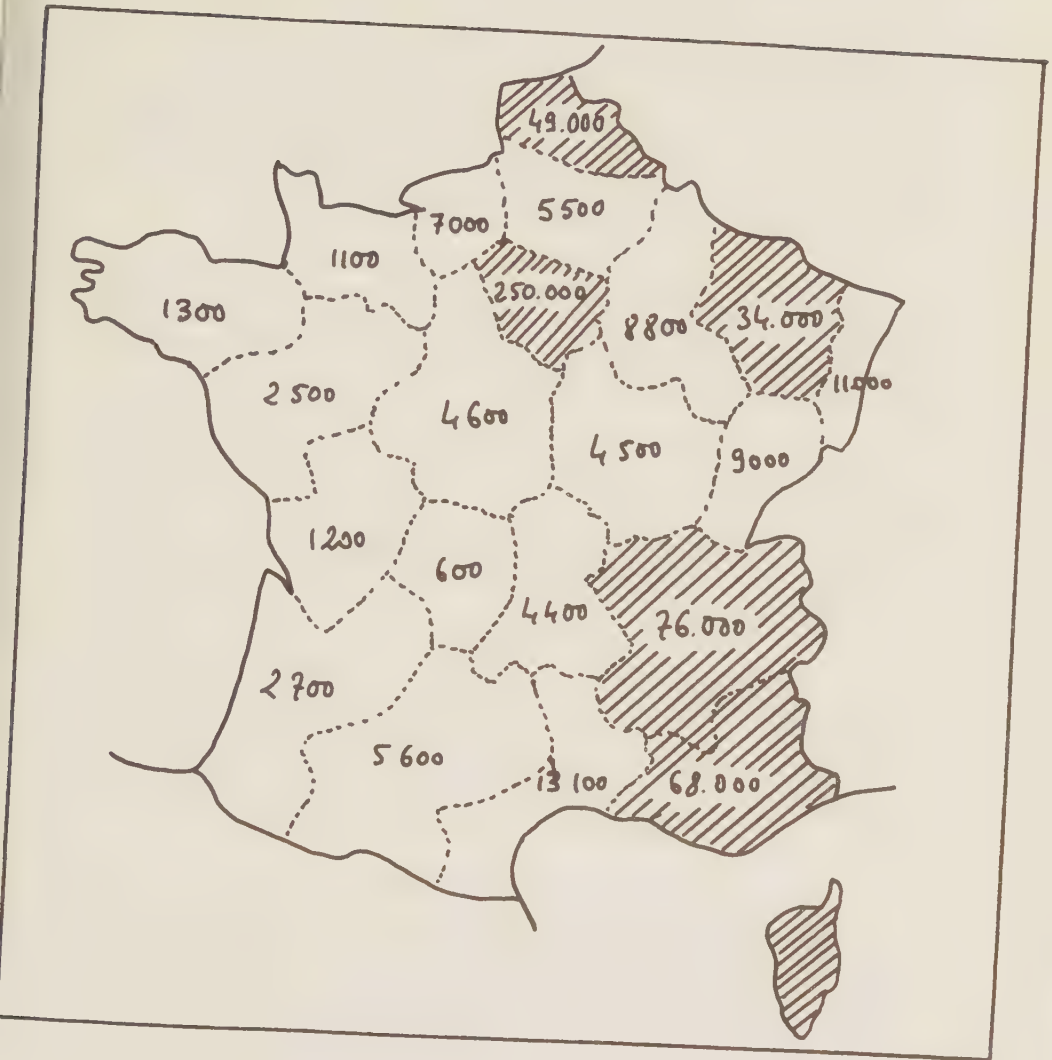
A Paris, les chiffres communiqués par la Préfecture de Police concernant le nombre d'Algériens par arrondissement et leur type d'habitat en janvier 1970 sont consignés dans le tableau 32. Ces chiffres ne tiennent pas compte des "micro-bidonvilles" qui existent dans le 4ème et le 11ème arrondissements, regroupant une dizaine de familles ou une trentaine d'isolés, non inspectés par la Préfecture de Police, non contrôlés au point de vue sanitaire. Ces taudis éparpillés sont très inquiétants. Il faut noter aussi que le "logement en hôtel" n'est qu'une occupation d'hôtels voués à la démolition, à l'intérieur desquels les conditions de vie sordides sont souvent pires que celles des bidonvilles.

TABLEAU 32

Arrondissts	Hôtels	Logt particulier	Scolaires < 16 ans
1er	298	83	18
2ème	577	214	85
3ème	1722	302	123
4ème	1257	107	138
5ème	1147	267	171
6ème	93	101	25
7ème	93	81	21
8ème	11	105	9
9ème	44	162	22
10ème	658	303	163
11ème	2920	1048	556
16ème	139	114	42
Total	8958	2897	soit 12.000 personnes

Population algérienne par arrondissement à Paris
au 1er janvier 1970

FIGURE 5



Répartition de la population algérienne par
régions en 1968

(Statistiques du Ministère de l'Intérieur) (4)

En 1967, 42,8 % de la population des bidonvilles était représentée par des Nord-Africains (20.436 personnes) surtout concentrés à Aubervilliers, Nanterre, La Courneuve (2). Depuis la loi Debré, la résorption progressive des bidonvilles a fait évoluer la situation ; un certain nombre de familles sont relogées en HLM mais l'adaptation est lente et difficile (145).

Parce qu'ils sont logés dans des conditions insalubres, un bon nombre de travailleurs algériens sont tentés de remplacer l'attestation de logement par un certificat d'hébergement (délivré par le propriétaire d'un hôtel et légalisé par la Mairie !).

Dans les régions du Nord, à côté des modes de logement habituels (hôtels, caves...) il existe une dizaine de foyers entre Lille, Roubaix et Tourcoing, accueillant 2.000 travailleurs (ces centres relèvent de l'Association d'Aide aux Travailleurs étrangers de la région lilloise) (149).

Dans la région lyonnaise, les Maghrébins se regroupent et ceux qui arrivent directement des zones rurales reconstituent rapidement le "douar" avec ses commerces de base (boucherie algérienne, épicerie vendant des aromates, cafés, etc...). A Lyon, Saint-Etienne, Bourg-en-Bresse, les Algériens habitent essentiellement les immeubles vétustes, dans les vieux quartiers, loués par des entrepreneurs ou par des propriétaires sans scrupules. Ou bien ils sont acculés à louer des garnis où ils s'entassent à 3 ou 4 par pièce pour des prix exorbitants. Quelques uns sont logés dans des HLM ; ce sont souvent d'anciens harkis et leur famille. Enfin, il existe des foyers qui abritent 5.000 célibataires à Lyon, presque réservés aux Algériens ; ces foyers disposent d'un bon confort mais leur gestion, plus proche de la vie militaire que de la vie civile, engendre parfois des conflits psychologiques (30).

A Grenoble, une enquête a été menée à la veille des Jeux Olympiques (février 1968) où l'ouverture de multiples chantiers avait entraîné un afflux de main-d'oeuvre ; on y comptait à l'époque environ 3.000 Algériens pour une ville de 160.000 habitants. L'enquête a porté sur 848 personnes ; elle a révélé que 15 % de ces travailleurs disposaient d'un logement décent et que 85 % habitaient dans des pièces surpeuplées, le seuil critique de surface vitale (8 %) est largement dépassé. La plupart des habitants n'ont ni eau ni électricité et peu disposent de W. C. à proximité. Cette situation, même si elle n'a été que transitoire, n'en est pas moins condamnable, et n'est pas sans analogie avec l'organisation des jeux du Cirque.

Marseille offre deux aspects particuliers :

C'est une ville de transit : le port, l'aéroport de Marignane, la gare Saint-Charles, fournissent des chiffres importants sur les mouvements d'arrivées et de départs des migrants.

C'est une ville où des mesures efficaces ont été prises, parce qu'elles s'avéraient urgentes et nécessaires. C'est ainsi que l'Association d'Aide aux Travailleurs d'Outre-Mer (ATOM) a été fondée en 1950, à la suite d'une enquête faite par le Secrétariat Social de Marseille, révélant la situation difficile des Algériens résidant dans la région, ou la traversant (3).

LES TUNISIENS

La migration des travailleurs tunisiens a longtemps été considérée dans l'ombre de celle des Algériens, dont le contingent est 10 fois plus important. Elle présente pourtant certaines particularités, mais les documents sont peu nombreux.

C'est une migration récente

Les premiers Tunisiens sont venus en France après la 2ème guerre mondiale. En 1945, l'ONI dispose d'une mission à Tunis. Jusqu'en 1954, leur groupe n'est pas individualisé. La courbe de la population tunisienne en France montre une nette accélération à partir de 1956, année de l'indépendance. Dès cette époque, le gouvernement tunisien favorise et planifie l'émigration de sa main-d'oeuvre disponible. Mais jusqu'en 1963, le mouvement migratoire entre la Tunisie et la France est freiné par les événements d'Algérie : en raison de l'état de guerre, un visa est exigé de tout Tunisien franchissant la frontière. L'Algérie ayant accédé à l'indépendance, cette mesure disparaît et l'afflux des Tunisiens s'intensifie. Depuis 1966, le mouvement semble se stabiliser (59).

C'est une migration relativement organisée

Du côté de la France, elle relève de l'O. N. I. Du côté tunisien, le secrétariat aux Affaires Sociales et à la Santé Publique joue un rôle important. En outre, il existe un Comité National au sein du parti destourien, qui s'occupe du recrutement et de l'acheminement des travailleurs en France, et un Comité de Coordination dont les amicales, implantées dans tous les pays où émigrent les Tunisiens, ont "pour rôle de veiller à leur sécurité, de maintenir en eux la conscience nationale et le sentiment patriotique". La Tunisie est l'un des pays qui se préoccupe le plus sérieusement de ses ressortissants à l'étranger (13).

C'est une migration de nécessité

Avec ses 156.000 km² et ses 4.650.000 habitants, la Tunisie est le plus petit des trois Etats du Maghreb. Elle s'efforce d'adapter les traditions islamiques aux nécessités de la vie moderne. Moins favorisée économiquement que les deux autres, elle s'efforce de remédier à ses difficultés, mais les problèmes graves qui persistent rendent l'émigration nécessaire. En 1958, les autorités politiques et le Président Bourguiba reconnaissaient l'existence de 400.000 chômeurs, chiffre énorme pour sa population, et prévoient encore, à la fin de 1968, 100.000 jeunes sans emploi.

La colonie tunisienne émigrée

En 1968, la colonie tunisienne à l'étranger est évaluée à 80.000 personnes. Si les 3/4 se trouvent en France, un peu plus du 1/8 réside en Algérie (11.000), 1/6 en Libye (4.000), le reliquat au Maroc, en Allemagne, en Belgique et en Suisse. On remarque donc une certaine dispersion géographique.

Les Tunisiens au travail

En 1968, sur les 60.180 Tunisiens résidant en France, 27.920 ont un emploi, ce qui donne un taux d'activité de 45,2 %; (pour les hommes ce taux est de 62,2 %; pour les femmes il tombe à 16,5 %). Les activités des hommes se regroupent par ordre d'importance dans le bâtiment et les travaux publics (28 %), dans le commerce (16 %) et dans les industries mécaniques, les constructions électriques (12 %). Pour les femmes, les activités se concentrent dans le commerce (26 %), les services rendus aux particuliers (14 %), l'habillement et les étoffes (12 %). On remarquera le nombre élevé de Tunisiens et Tunisiennes qui travaillent dans le commerce et la relative diversité de leurs emplois (par rapport aux autres migrants qui, comme les Portugais, sont presque exclusivement destinés aux travaux de manoeuvres dans le Bâtiment). Ce fait est peut-être à rattacher à l'effort réalisé en

Tunisie par l'Office National de la Formation Professionnelle et de l'Emploi, pour s'ajuster aux demandes d'emploi des pays étrangers.

L'intégration en France

L'enquête du ministère des Affaires Sociales en 1967, localise les salariés tunisiens dans la région parisienne (55 %), dans la région Rhône-Alpes (20 %) et dans la région Provence-Côte d'Azur (10 %). Les dix-huit autres régions en accueillent très peu (181).

En 1968 et en 1969, les Tunisiens entrent en France à raison de 600 personnes par mois, en moyenne, avec un flux migratoire de 7.200 personnes par an environ, équilibré par un reflux du même ordre. Consciemment ou pas, un changement s'opère chez ces travailleurs au contact de la vie française mais hormis quelques exceptions, ils n'envisagent pas de rester en France ; seules les raisons économiques les incitent à venir et l'enracinement au pays natal reste total (13).

L'insertion sociale

L'adaptation aux conditions de travail est bonne, même pour les émigrants d'origine rurale. En ce qui concerne le logement, leur implantation dans la région parisienne est identique à celle des Algériens et des Marocains. Comme pour tous les travailleurs étrangers, le logement est la source majeure de préoccupations ; faute de moyens suffisants, ils cherchent asile où ils peuvent : taudis, bidonvilles, ou "hôtels pour Nord-Africains".

LES MAROCAINS

Le mouvement de migration des Marocains en France ressemble à celui des Tunisiens ; il y a à peu près le même volume, les mêmes motivations, et sur le plan administratif, une procédure d'introduction identique.

Presque 3 fois plus étendu que la Tunisie, le Maroc est aussi 3 fois plus peuplé (13.500.000 habitants pour 4.500.000 Tunisiens). Il compte aussi plus d'habitants que l'Algérie. Le taux d'accroissement est le même pour les trois pays du Maghreb.

La masse des chômeurs est considérable : plus de 200.000 à Casablanca.

Les Marocains en France

Le Consulat du Maroc donne comme raison majeure de la venue en France des jeunes Marocains le "désir d'apprendre un métier", et affirme qu'ils viennent avec l'intention bien arrêtée de regagner dès que possible leur pays d'origine.

Il est intéressant de noter que le souci de promotion sociale dans leur cas est pour eux plus important que les raisons, purement économiques. Si la population marocaine en France est estimée à 88.280 personnes, la population active est de 56.520. Le taux d'activité qui en découle est de 64 %. Il est un des plus élevés parmi les populations étrangères en France.

Les branches d'activité

26 % des Marocains travaillent dans le Bâtiment et les travaux Publics, 19 % dans les industries mécaniques et les constructions électriques, 13 % dans les mines, 12 % dans l'agriculture, les forêts, et 7 % seulement dans le commerce. Ce sont donc les Marocains qui travaillent en général dans les mines : il y a plus de 7.000 mineurs marocains dans le Nord et dans la région de Saint-Etienne.

L'enquête du ministère des Affaires Sociales, faite en 1967, estime que 60 % des salariés marocains se trouvent dans la Région Parisienne (181).

Les conditions de vie

Elles sont celles des Algériens et des Tunisiens : bas salaire de manoeuvre, d'O. S. ou d'O. P., logements indécents, hommes jeunes et célibataires. Il y a un grand écart entre la population marocaine masculine et la population féminine (70.000 hommes pour 18.000 femmes). Cet écart est moins prononcé chez les Algériens et les Tunisiens pour qui le regroupement familial est courant.

°
° °

PATHOLOGIE DES MAGHREBINS

INTRODUCTION

Le taux de fréquentation hospitalière est 4 à 5 fois plus élevé chez les Maghrebins que chez les Métropolitains. Ainsi, en 1956, Rösch a montré que 20 à 30 % des Algériens habitant dans le département de la Seine étaient hospitalisés chaque année (contre seulement 6 % des Métropolitains) ; à la même date 17.576 Algériens étaient hospitalisés dans les hôpitaux de l'Assistance publique, ce qui représentait plus de 7 % des admissions (164). De 1964 à 1968, de 20 à 22.000 Algériens ont été admis chaque année dans ces mêmes hopitaux (soit 7 à 8 % du total des admissions) (4) ; la progression est cependant moins forte que celle de la population algérienne qui a plus que doublé.

Que signifient ces chiffres inquiétants ? Peut-on les attribuer à la fréquence des maladies importées, à une pathologie d'acquisition particulièrement explosive ou simplement à de mauvaises conditions sociales imposant l'hospitalisation pour des affections bénignes ? C'est à ces différentes questions que nous allons tenter de répondre.

PATHOLOGIE D'APPORT

Elle est variée, mais habituellement bénigne. Rösch signale qu'elle n'est responsable que de 1 à 2 % des hospitalisations (164).

Parasitoses

Le paludisme : comme chez le Noir Africain, le paludisme clinique est peu fréquent. Il s'agit le plus souvent d'accès de révélescence schizogonique à *Plasmodium vivax*, sans aucune gravité.

Les parasites intestinaux : ils sont assez répandus mais habituellement bien tolérés. Il est intéressant de comparer les résultats des enquêtes coprologiques effectuées au C.H.U. de Rabat (29), dans les hôpitaux d'Alger (97) et à l'hôpital Franco-Musulman de Bobigny (166). L'amibiase est relativement fréquente, mais il s'agit le plus souvent d'amibiase infestation, ou d'amibiase intestinale chronique séquellaire. Les nématodoses sont beaucoup plus rares que chez les Africains Noirs. Les téniasis (à *Taenia saginata* ou *Hymenolepis nana*) sont fréquents (tableau 33).

TABLEAU 33

	Nombre d'examens effectués	Fréquence du parasitisme
Rabat	6.026	21,8 %
Alger	5.000	33 %
Franco-musulman (Nord-Africains)	1.078	48,04 %

	Rabat	Alger	Franco-Musulman
<u>Protozoaires</u>			
Lamblia	7,10 %	8 %	4,16 %
Entamoeba coli	6,70 %		12,33 %
E.histolytica	3,30 %	5 %	5,65 %
Trichomonas intestinalis	3,20 %	2,8 %	1,20 %
Chilomastix mesnili	1,90 %		1,57 %
<u>Helminthes</u>			
Ascaris	0,53 %	3 %	2,04 %
Oxyures	0,56 %		0,92 %
Hymenolepis	0,46 %		0,64 %
Taenia saginata	0,33 %		1,48 %
Ankylostomes	0,81 %		0,64 %

Les parasitoses des Maghrebins

L'hydatidose : elle mérite une place à part en raison de sa fréquence et de sa gravité. En 1967, 3.000 cas ont été diagnostiqués en Algérie (56). Actuellement, la majorité des hydatidoses reconnues en France le sont chez des Maghrebins, depuis que les foyers métropolitains ont été éradiqués.

La bilharziose urinaire : de petits foyers existent au Maghreb : en Algérie, au Nord des hauts plateaux (Hemiz, Djidjouia) et au Sahara (Beni-Abbès, Djanet) (129) ; au Maroc, dans les vallées des grands oueds du Sud Atlas (Gutz, Ghéris...), la plaine de Marrakech et le Gharb (48) ; en Tunisie, dans les oasis du Sud (Djerba).

Affections non parasitaires

Le trachome : extrêmement répandu dans tout le Maghreb, le trachome est responsable de 6/1000 hospitalisations à l'Assistance Publique (164) et de plus des deux tiers des consultations en ophtalmologie à Paris. Les trachomes observés en France sont généralement des trachomes précicatriciels ou cicatriciels : cicatrices conjonctivales, pannus cornéen, entropion-trichiasis engendrent souvent des troubles sévères de la vision et sont difficiles à traiter ; mais ces lésions ne sont pratiquement pas contagieuses (114).

Les autres affections transmissibles exotiques, comme la lèpre, sont très rares.

Les hémoglobinopathies : la thalassémie est très irrégulièrement répartie au Maghreb : selon le lieu de l'enquête on décèle de 1,5 à 24 % de porteurs de la tare (tableau 34) (122). Les autres anomalies de l'hémoglobine (Hémoglobinoses S ou C) sont rares.

Le déficit en G6PD affecte affecte plus de 3 % des Algériens. Il faut en tenir compte avant certaines prescriptions médicamenteuses (122).

Affections exceptionnellement importées

Depuis 1964, un contrôle médical assez strict limite l'arrivée en France de sujets trop gravement malades. Lors des examens pratiqués par les commissions médicales de l'ONAMO, un certain nombre de candidats à la migration sont refusés (41). Les statistiques de cet organisme (tableau 35) permettent de constater que sont éliminés en particulier les sujets débiles ou malformés, et ceux atteints d'une affection cardiaque, rénale, ophtalmologique, neuropsychique sévère. En principe les sujets autorisés à se rendre en France sont indemnes de tuberculose et ont une sérologie syphilitique négative.

TABLEAU 34

pays	Nombre et origine des prélèvements	Déficit en G6PD	Thalas- sémie	Hémoglobines anormales						
				SS	AS	SC	AC	CC	AD	div
Algérie	15564 (Alger)			13	67		65			
	8120 (Alger)		125(1,5%)		0,6 %	11	0,5 %	7	39	10
	356(Cons tantine)		55(15,5%)							
	272 (Ka- bylie)		48(17,8%)							
	583(total Algérie)	20 (3,4%)								
Tunisie	275				9					
	457		39(6,6%)		3,3 %		1			
Maroc	297 (Arabes)*				6					
	492 (Berbères)				2 %		1			
	50 (Marocains)		15 (24%)		2		5 (1%)			

Hémoglobinopathies et déficit en G. 6. P. D.
chez les Maghrebins (122)

Ces contrôles médicaux sont relativement récents et quelques travailleurs y échappent encore. Il est néanmoins incontestable que le nombre des migrants gravement malades à leur arrivée décroît sans cesse. Somia a montré que seulement 4 % des arrivants ont une sérologie syphilitique positive et que 2 à 3 % seulement sont porteurs d'une tuberculose (du reste le plus souvent séquellaire ou méconnue) (177).

TABLEAU 35

	Alger	Bône	Cons- tantine	Oran	Total
Candidats examinés	5.107	1.813	2.894	2.328	12.142
Candidats éliminés	1.367	467	412	388	2.634

CAUSES D'ELIMINATION

	Alger	Bône	Cons- tantine	Oran	Total
Insuffisance staturo- pondérale	441	100	140	175	856
Affections ophtalmo- logiques	214	83	139	39	465
Sérologies positives	61	163	27	106	357
Affections cardio- vasculaires	180	22	4	5	211
Albuminuries	134	42	1	0	177
Tuberculoses pulmo- naires cicatricielles ou évolutives	88	14	20	5	127
Dystrophies et mal- formations	68	11	5	0	84
Coefficient dentaire ≤ 20 %	28	1	13	20	62
Affections dermato- logiques	26	18	17	26	87
Refus d'examen	20			2	22
Troubles neuro- psychiques	17	0	0	0	17

Statistiques médicales de l'ONAMO du 2ème semestre
1968

PATHOLOGIE D'ACQUISITION

Les conditions de vie des Maghrebins en France, d'où le caractère explosif de la pathologie d'acquisition, là encore dominée par la tuberculose (176, 177).

La tuberculose

Fréquence : Elle est difficile à évaluer avec exactitude. D'après l'enquête de Rösch, elle était, en 1956, responsable de 13 % des hospitalisations des Algériens. En 1968, le Comité de Défense contre la Tuberculose indique que 24.742 Français sont entrés en sanatorium (sur une population de 50 millions, soit 0,05 %) tandis que 2.520 Algériens ont été soignés de la même manière (sur une population totale de 560.000, soit 0,45 %). Ainsi tuberculose semble 10 fois plus fréquente chez les Algériens que chez les Métropolitains. Après les Africains, ce sont eux qui paient le plus lourd tribut à la tuberculose. On note cependant une légère régression (40).

Circonstances de survenue : comme chez le Noir Africain, elle survient généralement du 6ème au 18ème mois du séjour en France. Ce n'est presque jamais une tuberculose d'importation comme nous venons de le voir. Pour expliquer cette fréquence, il faut accuser les travaux exténuants, l'entassement dans des logements insalubres, la nourriture insuffisante...

Aspects cliniques : il s'agit généralement de tuberculoses pulmonaires, à début bruyant (fièvre, hémoptysie...) et d'évolution rapide. Radiologiquement, on décèle habituellement des tuberculoses ulcéro-caséuses banales, parfois très étendues. Les tuberculoses extra-pulmonaires sont moins fréquentes : tuberculoses osseuses (Pott, coxalgies, tumeurs blanches), tuberculoses ganglionnaires superficielles, etc...

Aspects thérapeutiques : les tuberculoses des Maghrebins sont très sensibles à la chimiothérapie spécifique. La plupart des malades sont encore habituellement traités en milieu sanatorial, pendant un an en moyenne. Quelques malades sont en sanatorium depuis des années : il s'agit en règle de vieux travailleurs en France depuis des années, fragilisés par une tare supplémentaire (éthylisme, silicose, bronchite chronique). Dans un proche avenir, on s'orientera sans doute de plus en plus vers le traitement ambulatoire de ces malades, du moins dès qu'ils seront stabilisés et non bacillifères ; les difficultés de ce mode de traitement, déjà évoquées à propos des Noirs Africains, seront à peu près identiques.

Affections respiratoires aiguës saisonnières

Les broncho-pneumopathies aiguës, bactériennes ou virales, les infections O.R.L. saisonnières, sont d'une grande banalité en hiver et motivent l'hospitalisation d'un grand nombre de ces migrants, pauvres, isolés, ne pouvant se soigner chez eux (164) ; d'après Rösch, ces affections bénignes sont à l'origine de 16 % des hospitalisations des Algériens à Paris.

Maladies vénériennes

Contrairement à l'opinion commune, la syphilis est rare chez les arrivants (4 % de sérologie positive).

Cependant le nombre des cas augmente par la suite : il s'agit alors de syphilis contractées d'une manière récente auprès d'une prostitution non surveillée (177).

La même remarque vaut sans doute pour la gonococcie.

Affections digestives

Elles sont très fréquentes, encombrant les consultations de gastro-entérologie et motivent environ 10 % des hospitalisations des Maghrebins. Parmi ces affections, on compte beaucoup de gastrites, un grand nombre d'ulcères duodénaux, d'innombrables colites et colopathies fonctionnelles.

La mauvaise hygiène alimentaire, une vieille amibiase expliquent parfois ces troubles. Mais le facteur étiologique majeur semble être l'anxiété, ce qui fait rentrer cette pathologie dans le cadre de la pathologie d'adaptation.

Pour introduire dans ce bilan une note un peu plus optimiste, soulignons la rareté des cirrhoses éthyliques (5 fois moins fréquentes que dans la population métropolitaine) (164).

PATHOLOGIE D'ADAPTATION

Les Maghrebins ont une insertion difficile en raison de la différence des mentalités, des cultures et des religions ; à cela s'ajoutent l'isolement, les conditions de vie difficiles ; on conçoit ainsi la fréquence de la pathologie d'adaptation.

Affections psycho-somatiques

En gastro-entérologie, nous venons de souligner la fréquence des ulcères duodénaux ; ces ulcères réagissent mal à la thérapeutique ; le traitement médical est mal suivi et les interventions chirurgicales se soldent trop souvent par des séquelles importantes, tantôt objectives (dumping syndrom...) mais plus souvent purement subjectives (177).

En rhumatologie, le nombre des rachialgies essentielles dénommées "entorses lombo-sacrées" ou "insuffisances douloureuses de la colonne vertébrale" est également frappant. Ces rachialgies, sans aucun substratum radiologique, s'expliquent peut-être par l'inadaptation des Maghrebins souvent peu musclés, à la statique vertébrale déficiente, pour des travaux de force. En tout cas, le traitement de ces cas est désespérant ; les malades grossissent le lot des expertises demandées par la Sécurité Sociale et se perdent dans un maquis procédurier inextricable (154).

Affections neuro-psychiatriques

En 1954, Daumezon rapportait que le nombre des Algériens hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine était proportionnellement deux fois plus élevé que chez les Métropolitains (indice de morbidité de 2,7 %, contre 1,5 %). La guerre d'Algérie a fait brusquement croître cet indice, mais cependant moins qu'on pouvait a priori le penser. Les événements de 1962 n'ont guère eu d'influence sur le rythme des entrées qui, depuis 1960, s'est stabilisé autour de 750 par an... (44).

Chez les Nord-Africains, les états psychiatriques aigus dominent largement (66,8 %) : états dépressifs (23,3 %), hypochondrie (14,1 %), états d'excitation (11,3 %), bouffées délirantes (4,4 %). Ces états surviennent électivement du troisième au sixième mois du séjour en France, en pleine période d'adaptation ; les difficultés d'embauche sont le facteur déclenchant le plus fréquent. Toutes ces manifestations aiguës sont d'ordinaire assez rapidement régressives.

Les états psychiatriques chroniques (oligophrénie, schizophrénie...) sont beaucoup plus rares, car les grands malades psychiatriques comme les autres restent d'ordinaire en Algérie. Soulignons enfin la rareté des troubles psychiques dus à l'alcoolisme.

En définitive, si le nombre des Nord-Africains admis en milieu psychiatrique est proportionnellement plus élevé que dans la population métropolitaine, comme il s'agit habituellement de manifestations aiguës, ne nécessitant qu'une brève hospitalisation, ils ne représentent pas une charge sociale démesurée. (44).

Accidents du travail - Maladies professionnelles (96)

Accidents du travail : la Caisse Nationale de l'Assurance Maladies des Travailleurs Salariés signale, en 1967, 779.546 accidents du travail chez les Métropolitains et 113.458 chez les Nord-Africains (4). Ce dernier chiffre est considérable, mais il est surtout dû au fait que la majorité des Nord-Africains exercent des professions dangereuses : Bâtiment et Travaux Publics (53.324 accidents du travail), Métallurgie (27.404 accidents du travail). En revanche, une étude comparative, menée dans les Etablissements Simca, a permis de constater que - pour un travail identique - le taux d'accidents de travail n'était guère plus élevé chez les étrangers que chez les métropolitains, en dehors de la période d'adaptation initiale (102, 103).

Maladies professionnelles : elles sont fréquentes. La silicose fait des ravages chez les mineurs, l'eczéma du ciment chez les travailleurs du bâtiment (rappelons que cette affection, pour des raisons obscures, n'est pas reconnue légalement comme une maladie professionnelle...).

Criminalité - Délinquance

Contrairement à l'opinion courante, la criminalité Nord-africaine n'est guère plus forte que la criminalité générale. Certes, en 1967, 8,3 % des arrestations concernaient des Maghrebins. Mais si on tient compte de l'âge et des conditions sociales, ce taux n'a rien d'étonnant. La légère "surcriminalité" des Nord-Africains s'explique par leurs conditions sociales dégradantes : c'est à ce titre qu'elle s'intègre dans la pathologie d'adaptation (162, 94).

PATHOLOGIE DES ENFANTS NORD-AFRICAINS

Depuis une dizaine d'années, les familles rejoignent progressivement les travailleurs en France.

Les pédiatres sont donc amenés à voir de plus en plus d'enfants nord-africains (nés au Maghreb ou en France) (7, 17, 180).

La pathologie exotique d'importation est très rare chez ces enfants : quelques cas de paludisme, de leishmaniose, d'hydatidose ou de trachome ; un assez grand nombre d'anémies génotypiques, comme la thalassémie.

On rencontre encore quelques cas de tuberculose (180) qui ne s'individualisent guère sur le plan symptomatique. La cure en préventorium est généralement bien acceptée par les familles (7).

Il existe de très nombres cas d'hypotrophies accusées d'étiologie imprécise et surtout des rachitismes à symptomatologie très riche.

La fréquence de ces affections tient aux mauvaises conditions sociales de ces familles, entassées dans des pièces insalubres ; de plus, le froid confine chez eux ces enfants que les mères n'osent guère sortir (d'où la fréquence du rachitisme) ; enfin, ces enfants reçoivent une alimentation insuffisante, mal équilibrée (trop de farineux), mal répartie dans la journée.

°
° °

LES AUTRES TRAVAILLEURS MIGRANTS
ORIGINAIRES DES PAYS TROPICAUX
ET SUB-TROPICAUX

Ces travailleurs sont peu nombreux, mais ils peuvent poser dans certains cas des problèmes médicaux originaux.

Les Turcs

Depuis la signature, en 1965, d'un accord de main-d'oeuvre entre le gouvernement français et le gouvernement turc, un certain nombre de travailleurs turcs ont émigré en France. Ils étaient 5.000 au recensement de 1968 (175). Leur pathologie est mal connue, mais il faudrait s'intéresser à ces premiers venus, qui préfigurent peut-être une migration importante dans les années à venir.

Les Asiatiques

Un certain nombre de sujets originaires d'Extrême-Orient vivent en France : Indiens (Pondichery), Eurasiens, Vietnamiens. . Il est malaisé de les étudier car ils sont peu nombreux et beaucoup ont la nationalité française.

Les Américains du Sud

Il s'agit actuellement presque uniquement de touristes, de stagiaires.

Les Juifs méditerranéens

Un assez grand nombre de Juifs méditerranéens (Sephardims) originaires d'Afrique du Nord pour la plupart, résident actuellement en France. Il est difficile de savoir précisément leur nombre car la plupart sont citoyens français. C'est parmi eux qu'on décèle parfois une maladie périodique (125, 126).

LES FRANCAIS EUROPEENS
AYANT SEJOURNE OUTRE-MER

INTRODUCTION

LES RAPATRIES

- Volume de la migration
- Origine des rapatriés :
 - . Afrique du Nord
 - . Afrique Noire
 - . Asie
- Structure démographique
- Implantation en France
- Intégration socio-professionnelle

LES VOYAGEURS OUTRE-MER

- Militaires
- Coopérants
- Missionnaires
- Commerçants, industriels...
- Touristes

PATHOLOGIE DES FRANCAIS AYANT SEJOURNE OUTRE-MER

- Pathologie d'importation
- Pathologie d'adaptation ?

INTRODUCTION

Un grand nombre de Français métropolitains ont vécu plus ou moins longtemps dans des régions tropicales ou sub-tropicales.

Beaucoup y sont nés et ont dû regagner précipitamment l'Hexagone à la suite de la décolonisation... D'autres ont fait partie des "corps expéditionnaires" Outre-Mer ou de l'administration coloniale... Certains enfin n'y ont fait qu'un bref séjour pour leur travail ou leur agrément.

Tous ces Français peuvent revenir en France porteurs d'une affection exotique risquant de dérouter le clinicien s'il oublie de s'enquérir d'un éventuel séjour Outre-Mer... Chez certains d'entre eux - en particulier les rapatriés - se posent des problèmes médico-psychologiques liés aux difficultés de la réadaptation à la vie métropolitaine.

LES RAPATRIES

1 - Volume de la migration

Au 1er juin 1967, l'I.N.S.E.E. estimait que 1.386.540 Français s'étaient repliés d'Indochine ou d'Afrique sur la métropole (12).

Le recensement de 1968 donne des chiffres comparables : d'après le sondage au 1/20 effectué par l'I.N.S.E.E., 2.700.000 Français résidant en métropole à cette date n'y étaient pas nés (175) ; si de ce chiffre on soustrait les étrangers naturalisés (1.300.000, pour la plupart européens) et les migrants originaires des T. O. M. - D. O. M. qui ont été déjà envisagés (85.000), on peut évaluer le nombre des rapatriés à plus de 1.300.000 personnes.

TABLEAU 35

Année d'entrée en France	
année non déclarée	965.480
1920 ou avant	128.780
1921 à 1925	139.360
1926 à 1930	99.720
1931 à 1935	55.640
1936 à 1945	101.540
1946 à 1950	119.880
1951 à 1955	93.840
1956 à 1960	277.700
1961 à 1965	664.220
1966 à 1968	53.800
Total	2.699.960

Français résidant en Métropole et n'y
étant pas nés (non compris les Français
musulmans nés en Algérie) d'après le
recensement de 1968 (175)

2 - Origine des rapatriés

La plupart sont originaires d'Afrique du Nord. Quelques uns viennent d'Afrique Noire ou d'Asie.

Afrique du Nord

- Algérie : plus de 1.200.000 Français européens vivaient en Algérie en 1954. En 1968, ils n'étaient plus que 81.000 (et la plupart n'étaient pas des "pieds noirs" mais des nouveaux venus). Un certain nombre de Français d'Algérie n'ont pas regagné la métropole mais ont préféré émigrer dans différents pays du pourtour méditerranéen (Espagne, Italie, Israël...) voire plus loin (Amérique). Cependant, la grande majorité s'est repliée sur l'hexagone : leur nombre a atteint 860.000 pour la seule année 1962.

- Maroc : aux beaux jours de la colonisation, il y avait 350.000 Français au Maroc... Depuis l'indépendance (1956), leur

nombre a beaucoup diminué, mais il dépasse toujours 100.000 (113.000 en 1968).

- Tunisie : la colonie française en Tunisie n'a jamais été très nombreuse (environ 100.000 personnes). L'indépendance (1956), les événements plus récents de Bizerte ont fait tomber ce chiffre à 29.000 en 1968.

Afrique Noire

En Afrique Noire, la France n'a jamais établi de véritable colonie de peuplement. Elle s'est contentée de pacifier militairement ces territoires, de les administrer et de mettre en valeur leurs ressources économiques. Depuis toujours, les Français ne partaient aux "colonies" d'Afrique Noire que pour une durée limitée (la durée d'un contrat ou le temps d'accumuler suffisamment de francs C. F. A. . . .).

Les indépendances se sont déroulées pour la plupart dans le calme (1960) et d'étroites relations subsistent entre la France et la plupart des Etats de l'ancienne Afrique Noire française (à l'exception de la Guinée).

Il n'y a donc pas eu beaucoup de rapatriés d'Afrique Noire, tout au plus quelques dizaines de milliers.

Asie

Comme en Afrique Noire, la colonie française en Indochine ne comptait que quelques dizaines de milliers de personnes. Elles ont été en majorité rapatriées en 1954, dans les conditions dramatiques que l'on sait. Quelques-unes sont cependant restées jusqu'à une date récente au Cambodge, au Laos et au Vietnam du Sud.

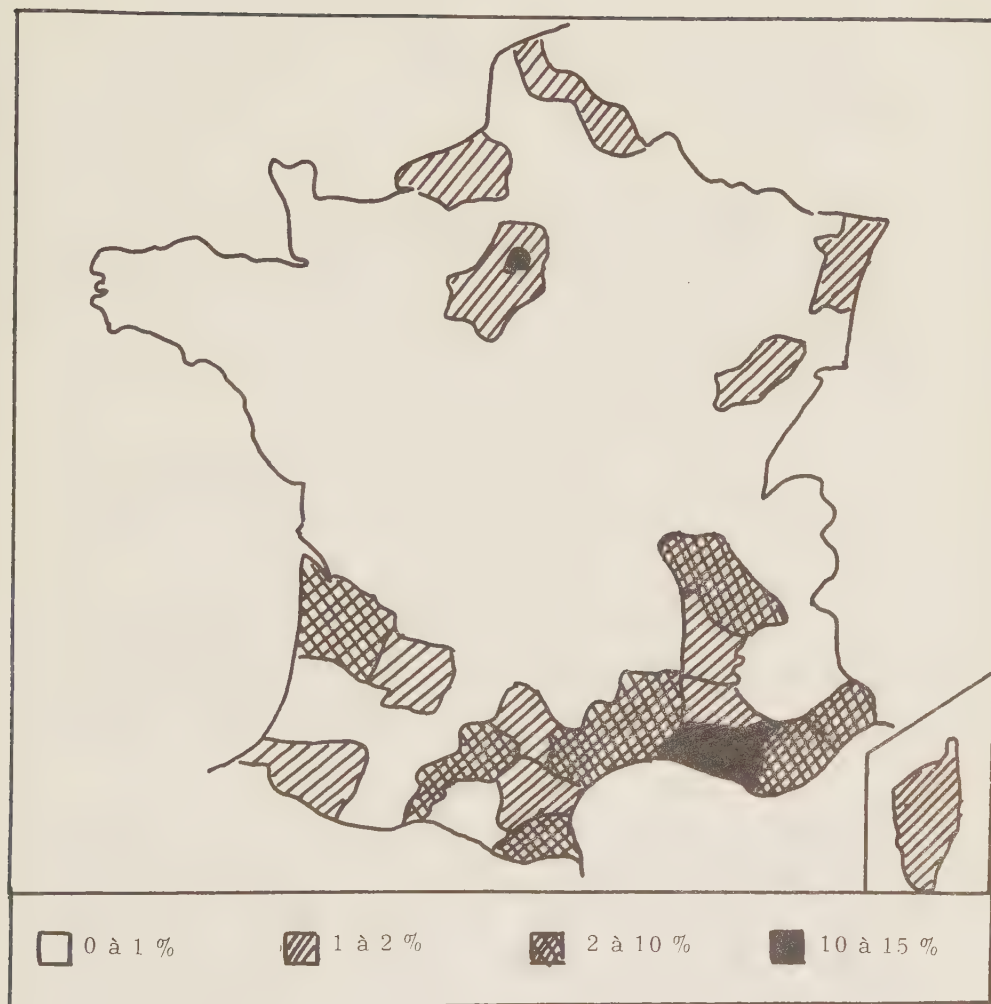
Il faut faire une place à part aux Eurasiens et aux Afro-Asiens dont l'adaptation à la vie métropolitaine est particulièrement difficile.

3 - Structure démographique

Il est intéressant de signaler que, parmi les rapatriés, le nombre de jeunes est plus faible que dans la population métropolitaine (tableau 37) (12).

Peut-être faut-il imputer cela à la baisse de la natalité habituelle dans les périodes troublées - comme celles que connurent les colons avant leur rapatriement.

FIGURE 6



Pourcentage du total des rapatriés séjournant dans
chaque département.

4 - Implantation en France

Comme l'indique la carte N° 6, les rapatriés ne se sont pas répartis uniformément dans le territoire métropolitain. On peut schématiquement distinguer deux pôles d'attraction :

- Les grandes villes et les régions industrielles : Paris et la région parisienne et, à un moindre degré, le Nord, la Lorraine et la Normandie qui offrent de nombreux emplois, ont accueilli un grand nombre de rapatriés. Le seul département de la Seine en héberge 17,8 %.

- Le midi méditerranéen : par son climat, proche de celui du pays originel, cette région a attiré plus du tiers des rapatriés (35 %). L'afflux a fait brusquement croître la population de certains départements méridionaux de plus de 10 % : Alpes-Maritimes (+14,8 %), Bouches-du-Rhône (+13 %), Hérault (+11,4 %), Pyrénées Orientales (+11 %), Var (+10,5 %) (12).

5 - Intégration socio-professionnelle

Brusquement spoliés de leurs biens, les rapatriés ont dû d'un jour à l'autre se réinsérer dans l'activité métropolitaine. Ceci supposait pour beaucoup une véritable reconversion professionnelle (petits agriculteurs, petits employés...).

Malgré bien des difficultés, peut-être en partie grâce à l'aide de la collectivité et du gouvernement, mais surtout grâce au courage individuel des rapatriés, cette mutation s'est faite sans trop de heurts. Actuellement, les rapatriés, s'ils continuent à réclamer une juste indemnisation de leurs pertes, se fondent de plus en plus dans la collectivité métropolitaine.

TABLEAU 37

	Français nés en métropole	Français rapatriés
0 - 19 ans	339 ‰	290 ‰
20 - 59 ans	487 ‰	530 ‰
+ 60 ans	174 ‰	180 ‰

Structure démographique des Français
nés en métropole et des Français rapatriés

LES VOYAGEURS OUTRE-MER

Les Français qui voyagent Outre-Mer sont très divers. La durée, le lieu et le motif de leur séjour sont éminemment variables. Tout ce qui suit est donc très schématique.

1 - Les militaires

Actuellement, la France n'entretient plus que de faibles contingents militaires dans les pays tropicaux : essentiellement dans les TOM-DOM et certains pays d'Afrique Noire francophone (Tchad...).

Mais il n'en a pas toujours été ainsi. Sans remonter à la conquête coloniale ni même à la dernière guerre (armée d'Afrique), rappelons l'importance du corps expéditionnaire en Indochine (environ 50.000 hommes) et surtout en Afrique du Nord ; dans les dernières années de la guerre d'Algérie, l'envoi du Contingent a porté le nombre de soldats servant outre-Méditerranée à plus de 500.000.

2 - Les assistants techniques

Les assistants techniques ne sont pas très nombreux : 36.000 en 1969/70.

Comme l'indique le tableau 38, la plupart servent en Afrique du Nord ou dans les Etats Africains et Malgaches (E. A. M. : Mauritanie; Sénégal; Mali; Niger; Haute-Volta; Tchad; Côte d'Ivoire; Togo; Dahomey; R. C. A. ; Cameroun; Gabon; République populaire du Congo; République démocratique du Congo; Ruanda; Burundi; Madagascar; Maurice).

Certains de ces assistants techniques sont d'anciens "coloniaux" (médecins militaires par exemple). Beaucoup sont de simples contractuels exerçant 2 ou 4 ans sous les Tropiques avant de revenir en France. La part des appelés du Contingent effectuant leur Service National au titre de la Coopération, variable d'une année sur l'autre, est de l'ordre de 10 %. Ainsi, dans une large mesure, l'effectif de la coopération se renouvelle rapidement.

En ce qui concerne l'activité des assistants techniques, la plupart sont enseignants ; quelques-uns sont médecins, administrateurs...

TABLEAU 38

Pays	Assistants techniques	Enseignants	Total
Algérie	4.000	7.000	11.000
Maroc	1.400	7.000	8.400
Tunisie	500	4.000	4.500
Etats africains et malgache	4.300	7.400	11.700
Divers	800	200	1.000
Total	11.000	25.600	36.600

Les coopérants français dans le monde

3 - Missionnaires

On en comptait environ 20.000 en 1960 (61), ce qui plaçait la France au premier rang des pays missionnaires. Le tiers seulement de ces missionnaires exercent leur sacerdoce dans des pays d'ancienne obédience française.

4 - Commerçants, planteurs, industriels...

Leur nombre décroît sans cesse dans tous les pays du Tiers-Monde où, progressivement, leur place est occupée par des autochtones... La durée de leur séjour diminue également. Au colon traditionnel s'installant Outre-Mer pour de nombreuses années succèdent les experts en mission temporaire.

5 - Touristes

Chaque année, 6 % des Français prennent leurs vacances à l'étranger. La grande majorité en Italie (25 %) ou dans la Péninsule Ibérique (30 %). Chaque été, les Français s'éloignent de plus en plus de l'Hexagone ; un nombre croissant atteint ainsi les pays tropicaux ou sub-tropicaux (12).

En Afrique du Nord, la Tunisie et le Maroc sont appréciés des vacanciers depuis longtemps. L'Algérie s'équipe actuellement pour les recevoir. Le développement des voyages à forfait et des

villages de vacances dans le Sud du Maghreb est prometteur pour les agences de voyages et les clubs de tourisme, mais un peu inquiétant pour le médecin qui constate la méconnaissance de la pathologie exotique des responsables de ces organisations.

Malgré les événements récents, de nombreux touristes se rendent également au Moyen-Orient et en Egypte...

Enfin quelques privilégiés partent pour des terres plus lointaines : Tahiti, Afrique Noire (safaris...) etc...

PATHOLOGIE D'IMPORTATION DES FRANCAIS AYANT SEJOURNE OUTRE-MER

Au cours d'un voyage, même bref, en zone tropicale ou subtropicale, un Français peut contracter de nombreuses maladies exotiques. A son retour en métropole, ces affections déroutent souvent le médecin, peu familier de la pathologie tropicale, d'où des erreurs diagnostiques, souvent préjudiciables au malade. Il s'agit surtout de parasitoses, plus rarement de bactérioses ou de viroses.

Parasitoses d'importation

1 - Protozooses

- Le paludisme

Le paludisme sévit encore à l'état endémique dans presque tous les pays tropicaux ou subtropicaux. Le paludisme grave à *Plasmodium falciparum* est surtout implanté en Afrique Noire et en Asie. Certaines zones sont cependant indemnes de paludisme : parmi elles mentionnons Tahiti et les Antilles françaises.

Le paludisme du rapatrié se présente sous plusieurs aspects symptomatiques (63, 171).

L'accès de reviviscence schizogonique à *Plasmodium vivax*, *P. malariae* ou plus rarement *P. ovale*, ne pose guère de problème diagnostique. Le déroulement stéréotypé de l'accès, la répétition des poussées fébriles sur un rythme de tierce ou de quarte conduit fatalement à la goutte épaisse qui met en évidence les hématozoaires responsables... Le risque est ici plutôt de pécher par excès et chez le vieux colonial d'attribuer au paludisme n'importe quel syndrome fébrile.

L'accès de primo-invasion : jadis exceptionnel en France du fait de la lenteur du retour en bateau, il est devenu d'observation courante depuis que les Jets mettent les zones d'endémie à quelques

heures de Paris. Cet accès est souvent pris pour une gastro-entérite fébrile, une virose, une méningite aiguë... L'absence de splénomégalie, l'hyperleucocytose achève d'égarer le praticien non averti. Pourtant, la notion d'un séjour récent en zone d'endémie doit faire évoquer le diagnostic, pratiquer frottis ou goutte épaisse et traiter d'urgence le malade (142).

L'accès pernicieux : il risque de compliquer une primo-invasion méconnue et donc non traitée à *Plasmodium falciparum*. Les centres de réanimation français sont maintenant accoutumés à voir chaque année plusieurs de ces redoutables neuro-paludismes (109, 187).

La bilieuse hémoglobinurique : elle s'observait jadis chez d'anciens paludéens soumis antérieurement à une chimioprophylaxie par la quinine, à l'occasion d'un changement de climat ou d'une nouvelle prise de quinine ; elle est devenue actuellement exceptionnelle.

Il en va de même du paludisme viscéral évolutif qui suppose des réinfestations itératives, sans chimioprophylaxie (74).

Pour conclure ce bref rappel sur le paludisme tel qu'il s'observe chez l'Européen ayant séjourné Outre-Mer, insistons sur la nécessité absolue d'une chimioprophylaxie antipalustre bien conduite. Les règles en sont simples mais trop souvent méconnues :

- pendant toute la durée du séjour en zone d'endémie, il faut prendre régulièrement un schizonticide (un comprimé à 100 mg de chloroquine par exemple, six jours sur sept)
- au retour en France, deux attitudes sont défendables :
 - . soit continuer la prise de chloroquine pendant deux mois, ce qui met à l'abri des accès à *Plasmodium falciparum*, les seuls d'une réelle gravité ;
 - . soit pratiquer une cure radicale par les amino-8-quinoléines (Rodopréquine *, Prémaline N*) qui évitera également les reviviscences à *P. vivax*, *P. malariae* ou *P. ovale*.

Ces mesures prophylactiques sont donc extrêmement simples. Il est d'autant plus désolant de voir encore mourir en France des sujets d'accès pernicieux, parce qu'ils ont négligé ces précautions élémentaires et parce que le médecin n'a pas su reconnaître le paludisme à temps.

- L'amibiase

L'amibiase reste, comme le paludisme, endémique dans toute la ceinture tropicale et subtropicale. Malgré une bonne

hygiène alimentaire, il est bien difficile d'éviter l'ingestion de kystes d'amibes, de telle sorte que de nombreux Français reviennent en métropole porteurs d'amibes.

Insistons d'emblée sur le fait que la majorité d'entre eux sont des porteurs sains : *Entamoeba histolytica*, sous forme minuta se comporte chez eux comme un banal saprophyte de leur lumière colique sans engendrer le moindre trouble.

Les cas d'amibiase vraie (ou amibiase maladie) sont infiniment plus rares : amibiase intestinale aiguë, amibiase extra-intestinale (hépatique notamment). La gravité de ces formes, leur symptomatologie souvent trompeuse sont telles qu'il faut néanmoins y penser souvent pour éventuellement mettre en oeuvre la thérapeutique spécifique (2-déhydro-émétine ou métronidazole).

TABLEAU 39

Français métropolitains	464	Afrique	283
Antillais	6	Afrique ou Asie	82
Africains	34	Asie	54
		France	45

Origine des malades

Lieu de contamination

Hépatite	1,8 %
Dysenterie	5,5 %
Colite	60 %
Dyspepsie	23 %

Aspects cliniques

Ulcérations	12,4 %
Aspect congestif	33,1 %
Aspect normal	19,4 %

Résultats de la rectoscopie

<i>E. histolytica</i> histolytica	8 %
<i>E. histolytica</i> minuta ou kystes	57 %

Résultats coprologiques

500 cas d'amibiase observés à Paris (73)

Reste le problème des malades atteints de séquelles d'amibiase (amibiase intestinale dite chronique). Il est bien certain que des poussées répétées d'amibiase intestinale aiguë, non ou mal traitées, peuvent à la longue aboutir à une colopathie chronique sévère ; mais il semble bien souvent que les malades exagèrent leurs troubles, dans un but parfois intéressé (pension...).

L'étude de Félix et collaborateurs (73) donne une bonne idée de la fréquence des différentes formes cliniques de l'amibiase d'importation en France : sur 500 cas étudiés, on relève seulement 9 cas d'hépatite amibienne, 22 cas de dysenterie aiguë clinique et 40 cas d'amibiase intestinale aiguë parasitologiquement confirmés (présence d'*Entamoeba histolytica* dans les selles) ; tous les autres cas sont des porteurs sains ou des malades atteints de colite chronique séquellaire.

Pour conclure, rappelons la difficulté de la prophylaxie de l'amibiase ; certes il est conseillé de ne consommer qu'une eau bouillie ou filtrée, de s'abstenir de crudités, mais ces mesures ne suffisent pas toujours ; certains ont préconisé une chimioprophylaxie par les amoebicides de contact, mais elle est souvent mal tolérée et toujours aléatoire.

- Trypanosomiasés (104, 117, 140, 178).

A notre connaissance, seuls des cas de trypanosomiasés Ouest-africaine, à *Trypanosoma gambiense* ont été signalés chez les Français rapatriés. Mais rien n'interdit de penser qu'on puisse également rencontrer des cas de trypanosomiasé Est-africaine, voire américaine.

La trypanosomiasé à *T. gambiense* n'est plus très répandue, mais des foyers résiduels subsistent dans toute l'Afrique francophone : Sénégal (M'bour, Sangalkam, Casamance), Haute-Volta, Niger (Say), Mali, Cameroun (notamment à Douala), Congo Brazzaville et Congo Kinshasa, R. C. A., Tchad...

La plupart des cas de trypanosomiasés reconnus en France n'ont été diagnostiqués qu'avec un grand retard. Ceci tient à plusieurs facteurs (140) :

- . l'affection est rare ;
- . son incubation qui, classiquement ne dépasse pas quelques semaines, peut atteindre plusieurs années (jusqu'à 3 et même 7 ans) (141, 173) de telle sorte que le séjour en zone d'endémie peut être oublié ou négligé ;
- . la symptomatologie est déconcertante pour le médecin praticien : à la phase initiale lymphatico-sanguine, celui-ci ne pensera pas à la maladie du sommeil devant une fièvre inexplicquée, des adé-

nopathies, une hépatosplénomégalie, voire un exanthème ; ultérieurement, en phase méningo-encéphalique, il évoquera plus volontiers une méningite décapitée par les antibiotiques ou une méningite tuberculeuse ;

- . les formes atypiques sont nombreuses et aboutissent au gastro-entérologue, au dermatologue, à l'hématologue ou au neurologue.

Pourtant, il importe de faire le diagnostic aussi rapidement que possible, car tout retard thérapeutique engage lourdement le pronostic. Pour cela on dispose heureusement actuellement, à côté des examens parasitologiques classiques, de techniques indirectes d'usage très commode (comme le dosage des IgM dans le sang et le liquide céphalo-rachidien).

Quant à la prophylaxie, elle est possible par l'injection tous les 6 mois de Lomidine. Mais certains l'accusent de risquer de masquer les premiers signes d'une authentique trypanosomiase.

- Leishmanioses

Les leishmanioses viscérales importées sont tout à fait exceptionnelles et ne diffèrent en rien de celles observées dans le midi de la France (189).

En revanche, il faut signaler la fréquence des leishmanioses cutanées chez les Français de retour du Moyen-Orient, ou d'Afrique, notamment du Maghreb. De très nombreux cas ont été signalés chez les appelés du Contingent en Algérie (10). Le praticien métropolitain doit savoir penser à ce diagnostic devant une lésion ulcéro-croûteuse siégeant en zone découverte et demander confirmation de son diagnostic aux laboratoires spécialisés (car la recherche des leishmanies dans les lésions est très délicate).

2 - Helminthiases

- Nématodoses intestinales : la constatation d'une ascariase, d'une ankylostomiase ou plus rarement d'une anguillulose est banale chez un Européen ayant séjourné en zone tropicale. Ces helminthiases peuvent déterminer des troubles digestifs divers, mais elles sont souvent latentes et découvertes à l'occasion d'une hyperéosinophilie. Signalons la ténacité de l'anguillulose, qui peut traîner plusieurs dizaines d'années en l'absence de traitement.

- Filarioses :

- . Les filarioses lymphatiques qui sévissent dans toute la zone intertropicale se rencontrent occasionnellement chez l'Européen.

- . La loase s'observe assez souvent chez les forestiers ayant travaillé au Gabon, au Congo ou dans le Sud du Cameroun.
- . L'onchocercose est rare chez le Français revenant d'Afrique Noire ou d'Amérique Centrale.

Dans les zones où ces trois filarioses sont hyperendémiques on peut conseiller la prise prophylactique de Notozine*
(1 comprimé par semaine)

- . La dracunculose est toujours la conséquence d'un manque aux règles élémentaires de l'hygiène car elle suppose l'ingestion de l'eau d'un puits infesté en zone sahélienne ; elle est donc exceptionnelle chez l'Européen.

- Bilharzioses

La bilharziose urinaire à Schistosoma haematobium n'est pas exceptionnelle chez les rapatriés. Elle sévit surtout en Afrique Noire ; mais aussi dans le sud du Maghreb. Comme chez l'autochtone, la pénétration des furcocercaires et la phase d'invasion sont habituellement latentes chez l'Européen et la bilharziose urinaire se révèle par une hématurie. Le pronostic est bon si le traitement est suffisamment précoce. Cependant, on observe parfois chez des baigneurs impénitents en eaux contaminées, des vessies calcifiées et de graves atteintes urétérales qui témoignent d'infestations massives.

La bilharziose intestinale à Schistosoma mansoni peut être contractée à la suite d'un séjour aux Antilles ou en Afrique Noire. On rencontre assez souvent de telles bilharzioses en phase d'invasion : il faut y penser devant un tableau associant de la fièvre, une hépatosplénomégalie, des manifestations allergiques diverses et une hyperéosinophilie. Le diagnostic sera confirmé par les réactions immunologiques ou l'apparition quelques semaines plus tard d'oeufs dans les selles (88). On peut également voir des bilharzioses intestinales à un stade plus avancé ; mais il est exceptionnel de rencontrer chez l'Européen une atteinte hépato-splénique sévère.

Enfin, les bilharzioses à S. intercalatum (Gabon, Congo, Cameroun) et à S. japonicum (Extrême-Orient) sont très rares chez les rapatriés.

Pour conclure, rappelons qu'il n'existe pas de médicament préventif, mais qu'il est très facile d'éviter les bilharzioses en ne se baignant que dans les piscines ou la mer...

- Distomatoses tropicales

L'opisthorchiase (d'Extrême-Orient), les distomatoses intestinales (d'Extrême-Orient et d'Egypte), la paragonimose ne s'observent guère chez les Européens. Ceci s'explique aisément par leur mode de contamination : ingestion de poissons ou de coquillages crus, mets dont les Français sont généralement peu friands.

- Cestodoses

Le teniasis à *Hymenolepis nana* est assez fréquent chez les rapatriés d'A. F. N. ; il est tout à fait bénin.

- Syndrome de larva migrans

On rencontre assez souvent un Larbish (ou syndrome de Larva migrans cutanée) chez des Européens ayant pris un bain sur une place tropicale (Dakar par exemple) ; ce syndrome résulte de la pénétration dans la peau de larves d'ankylostomides du chien ; le cordon rouge, serpigineux, prurigineux, mobile, que trace la larve sur la peau est très caractéristiques ; le traitement par le thiabendazole est efficace.

Quant aux autres syndromes Larva migrans tropicaux, ils n'ont jamais été signalés en France : angiostrongylose (Tahiti), capillariose, porocéphalose...

3 - Mycoses

- Dermatomycoses

Les Européens peuvent contracter au cours d'un séjour Outre-Mer une dermatomycose exotique : herpès circiné, onychomycose... L'aspect clinique de ces affections est proche de celui auquel nous sommes habitués en France ; seul l'agent pathogène diffère. Chez certains rapatriés d'Indochine, on observe parfois une dermatomycose originale, en cocarde, la tinea imbricata, due à *T. concentricum* (50).

- Mycoses profondes

On trouve dans la littérature mention de quelques cas d'histoplasmosse américaine (170) ou africaine (64, 170) chez des Français ayant séjourné en zone d'endémie. Un seul cas de coccidio-mycose est rapporté (170) et un cas de blastomycose (à *B. dermatitidis*) chez un Français originaire de Tunisie (158).

4 - Maladies infectieuses

- Lèpre

Presque tous les lépreux dénombrés en France (quelques centaines) ont contracté leur maladie Outre-Mer : en Indochine (où la maladie de Hansen atteint 1 à 2/1000 des sujets) ou en Afrique Noire (où la prévalence est plus élevée encore : 20 à 70/1000 selon les régions).

Tous ces lépreux sont connus. La plupart sont atteints de forme T. Quelques-uns de forme L.

Insistons une fois de plus sur la possibilité d'un traitement efficace, ambulatoire le plus souvent (sauf dans les formes ouvertes, non blanchies).

Soulignons également l'importance d'un diagnostic précoce pour limiter au maximum les séquelles (essentiellement neurologiques et trophiques).

- Maladies quarantenaires

Le dernier cas de variole importé en France remonte à 1952... Aucun cas de fièvre jaune n'a été reconnu chez un sujet revenant d'une zone d'endémie amarile depuis le début du siècle, mais cette éventualité n'est nullement exclue... La peste a définitivement disparu de France en 1922, la récurrente depuis 1944, le typhus exanthématique depuis la dernière guerre. Quant au choléra, si on a pu craindre son importation en France en 1970, il n'en a heureusement rien été : l'extension géographique de la zone d'endémie du choléra est telle actuellement qu'on en observera bientôt quelques cas en France, chez des sujets ayant séjourné en Asie ou en Afrique.

- Autres maladies infectieuses

On rencontre parfois chez les voyageurs des salmonelloses ou des shigelloses contractées Outre-Mer ; leur symptomatologie ne diffère en rien de celle auxquelles nous sommes habitués, mais le bactériologiste peut parfois, par le typage exact de l'Enterobactérie, préciser son origine géographique (188).

5 - Affections non transmissibles (19)

La sprue tropicale est devenue exceptionnelle chez les rapatriés d'Outre-Mer alors qu'elle était assez fréquente parmi les membres du corps expéditionnaire en Indochine. Cette affection, d'étiologie inconnue, favorisée par de mauvaises conditions d'hygiène, se caractérise surtout par une stéatorrhée et une anémie macrocytaire.

Quelques cas de "poumon tropical" ont été signalés chez des Français revenant d'Extrême-Orient. On sait que ce tableau caractérisé par un infiltrat pulmonaire, une hyperéosinophilie sanguine élevée, relève généralement d'une filariose à *Brugia malayi*.

L'endocardite fibroblastique de Loeffler a d'abord été décrite chez des Français ayant séjourné en Afrique Noire. En fait, cette notion géographique semble actuellement contingente, de même que l'éventualité inconstante d'une loase.

PATHOLOGIE D'ADAPTATION

Les Français métropolitains "rapatriés" ou "voyageurs" n'échappent pas aux difficultés de la réadaptation à la vie métropolitaine.

On ne dispose malheureusement pas de statistiques précises permettant d'évaluer la fréquence exacte des affections neuropsychiatriques ou psychosomatiques chez ces sujets.

On peut seulement donner quelques indications :

En ce qui concerne les rapatriés, d'Afrique du Nord notamment, on a pu insister sur "le nombre des suicides, celle plus grande encore des vieillards qui (se laissent) mourir, n'ayant plus le goût ni aucune raison de vivre, le pourcentage impressionnant de déséquilibres persistants chez les femmes surtout, mais aussi bien les adolescents" (92). Malheureusement, aucun chiffre ne vient étayer ces impressions.

Certains chirurgiens ont également insisté sur la fréquence des ulcères gastro-duodénaux et des hyperplasies thyroïdiennes chez les rapatriés. Goisnard note que ces affections, rares pendant toute la durée de la guerre d'Algérie, sont devenues courantes après le rapatriement en France ; il estime que "les chocs psychologiques violents et brefs" de la guerre ont été "moins pathogènes que les journées mornes et les nuits sans sommeil de l'exil... la rumination des nostalgies, l'anxiété des lendemains sans espoir..." (92).

Le simple voyageur, séjournant Outre-Mer, pour une durée limitée, est également plus exposé aux troubles psychiques que le métropolitain. Collomb signale que le taux des suicides est 10 fois plus élevé dans la population européenne de Dakar qu'en France ; on peut attribuer cela non seulement à la classique "nostalgie" des sujets éloignés du sol natal, mais aussi aux difficultés croissantes que rencontrent les Européens dans les pays jadis colonies françaises (155).

Au retour en France, il semble bien que de nombreux coopérants éprouvent des difficultés à se réadapter à la vie métropolitaine, souvent plus difficile, mais là encore ce n'est qu'une impression que n'étaye aucun chiffre.

°
° °

MIGRANTS ORIGINAIRES DES PAYS TROPICAUX ET SANTE PUBLIQUE EN FRANCE

Certains craignent - ou font semblant de craindre - que l'afflux actuel des migrants originaires des pays tropicaux et sub-tropicaux menace la santé publique en France (75).

Ils invoquent la possibilité d'implantation en France de maladies exotiques jusqu'alors inconnues ou proclament que les travailleurs migrants risquent d'accroître dangereusement le péril tuberculeux ou vénérien en France.

Tout ceci ne correspond pas à la réalité : la quasi-totalité des maladies exotiques ne peuvent se transmettre en France et encore moins y devenir endémiques. Quant au péril tuberculeux, il concerne les migrants eux-mêmes et non les métropolitains qui les entourent...

Il nous a semblé intéressant de préciser, pour les principales maladies des migrants, leur possibilité d'extension en France.

PARASITOSES EXOTIQUES ET SANTE PUBLIQUE

1 - Protozooses

Le Paludisme

Avec l'éradication du foyer corse (1948) on a considéré le paludisme éradiqué définitivement en France, mais depuis quelques années on signale à nouveau quelques cas chez des sujets n'ayant jamais quitté la métropole : paludisme transfusionnel souvent, paludisme autochtone vrai parfois.

Paludisme transfusionnel (11, 31, 172)

Il est aisé de transmettre le paludisme par transfusion de sang frais ou même conservé d'un paludéen ; ce paludéen est souvent du reste un porteur apparemment sain (travailleur migrant protégé par la prémunition qu'il a acquise dans son enfance...).

Plasmodium vivax est l'espèce plasmodiale le plus souvent en cause, car elle est très répandue et peut survivre plus de deux ans dans le sang d'un paludéen soustrait à la zone d'endémie. *P. malariae*, bien que moins répandu, est aussi souvent responsable de paludisme transfusionnel car sa survie peut dépasser 20 ans. *P. ovale* est exceptionnellement importé en France. *P. falciparum* ne survit - classiquement du moins - que deux mois, mais est cependant parfois aussi en cause (190).

Le paludisme transfusionnel ressemble cliniquement à un paludisme de primo-invasion : fièvre irrégulière, malaise général, troubles digestifs apparaissant une dizaine de jours après la transfusion. On n'a jamais rapporté d'évolution vers le neuro-paludisme.

Le traitement fait appel aux schizonticides, à la posologie habituelle, qui assurent la guérison complète et définitive (puisqu'il n'y a pas de cycle tissulaire secondaire).

Quant à la prophylaxie de ces accidents, elle pourrait comporter l'examen parasitologique du sang des donneurs susceptibles d'être dangereux ou l'utilisation de leur sang pour la préparation de plasma ou d'extraits plasmatiques.

Paludisme autochtone

Les anophèles abondent à la belle saison dans le midi (Camargue, Corse...). Si d'aventure ils prennent leur repas sanguin sur un porteur d'hématozoaires (ou plus précisément de gamétocytes), ils peuvent devenir infestants, du moins au cours de certains étés chauds et humides.

Actuellement on assiste à la réintroduction du paludisme en Corse : de 1965 à 1967, 5 cas de paludisme autochtone ont été reconnus dans le Nord de l'île ; l'enquête épidémiologique a permis d'incriminer l'apport de *P. vivax* par des travailleurs Nord-Africains. 31 nouveaux cas ont été dépistés en 1970 (dont 20 cas chez des Européens). Ce petit foyer corse est limité et inspire d'autant moins d'inquiétude qu'il s'agit uniquement de paludisme à *P. vivax* (169).

Mais rien n'interdit de penser que puissent se développer à nouveau de petits foyers de paludisme autochtone, non seulement à *P. vivax* ou *P. malariae*, mais aussi à *P. falciparum* dont on sait la haute gravité (95).

Amibiase

Les controverses soulevées par l'amibiase autochtone, son existence et son importance ne sont pas encore éteintes.

Il est probable qu'on a beaucoup exagéré sa fréquence, notamment au cours des deux dernières guerres où furent décrites de véritables épidémies de dysenterie amibienne (47).

En tous cas, la situation actuelle n'a rien d'alarmant. Certes, il arrive en France de très nombreux porteurs d'amibes (Africains, Antillais, Européens contaminés Outre-Mer...) ; mais si l'apport parasitaire est plus fréquent que jadis, les conditions sanitaires sont telles que l'amibiase ne peut devenir endémique en France (19).

Il faut en fait distinguer l'amibiase infestation et l'amibiase maladie.

L'amibiase infestation autochtone est relativement fréquente. Les porteurs d'amibes contaminés Outre-Mer peuvent transmettre leur parasitose à leur entourage, puisque les kystes qu'ils répandent autour d'eux conservent parfaitement leur vitalité en climat tempéré. Les enquêtes coprologiques ont montré l'existence d'un pourcentage non négligeable de porteurs de kystes au sein de la population métropolitaine, notamment dans les ports (Marseille : 6 à 38 %), les grandes villes (Paris : 6 %) et certaines villes d'eaux où se concentrent les "amibiens chroniques" (Vichy, Chatel-Guyon...) mais la plupart de ces sujets sont parfaitement bien portants (47).

L'amibiase maladie autochtone est beaucoup plus rare. Certes des cas d'amibiase intestinale ou hépatique aiguë, voire suraiguë, sont parfois rapportés (136, 115), mais c'est l'exception qui confirme la règle. L'état sanitaire du métropolitain ne permet généralement pas la transformation des formes minuta saprophytes en formes histolytica pathogènes.

Lamblia

Contrairement à ce qu'on avait cru, sa fréquence ne semble pas avoir été accrue par les migrations récentes (27).

Leishmanioses

Les cas de Kala Azar importés sont peu nombreux. Dans le midi de la France, malgré la présence d'excellents vecteurs, la fréquence des leishmanioses viscérales semble plutôt avoir diminué ces dernières années. En dehors de la zone d'endémie méditerranéenne, 39 cas seulement sont signalés depuis 40 ans : 31 sont importés, 1 semble d'origine transfusionnelle ; 7 seulement sont probablement autochtones (189).

En ce qui concerne les leishmanioses cutanées, malgré le nombre élevé des cas d'importation, on n'a jamais rapporté de cas de bouton d'Orient autochtone.

Trypanosomiasés

Faute de vecteurs, elles ne peuvent s'implanter en France. Mentionnons cependant quelques cas consécutifs à une transfusion ou un accident de laboratoire (127).

2 - Helminthiases

Ascaridiase

Elle se transmet aisément France et l'afflux des ascari-diens contaminés Outre-Mer ne peut qu'en augmenter la fréquence, mais il s'agit d'une affection bénigne.

Ankylostomiase

Les migrants originaires des pays chauds sont très souvent atteints d'ankylostomiase (à *N. americanus* ou *A. duodenale*).

Certains micro-climats chauds et humides conviennent au développement des larves d'ankylostomes (mines, tunnels, briquet-teries).

En réalité, le risque d'implantation de la parasitose en France est minime, car l'ankylostomose est reconnue comme maladie professionnelle, de telle sorte que de rigoureuses mesures prophylactiques sont mises en oeuvre (lutte contre le péril fécal...).

Anguillulose

L'anguillulose autochtone est une réalité, mais elle reste exceptionnelle. Elle résulte habituellement d'un contact domiciliaire avec un malade contaminé Outre-Mer, ou succède plus ra-

rement à un bain en piscine (où pourtant le chlore rend aléatoire le développement des larves), voire à un contact ou même à l'absorption de produits souillés par les égouts (65, 66, 116).

Filarioses

Il n'existe aucun danger d'implantation des filarioses sous nos climats. Callot et collaborateurs ont cependant montré qu'un moustique français, *Culex pipiens autogenicus*, pouvait transmettre au laboratoire des filaires de Bancroft d'origine antillaise (32). Golvan et collaborateurs ont obtenu, toujours au laboratoire, chez les cyclops de l'île de France, le développement complet des larves de la filaire de Médine (93). Ce sont là des prouesses expérimentales, qui n'ont aucune chance de se reproduire dans la nature.

Bilharzioses

L'inventaire des mollusques d'eau douce du midi de la France est incomplet, mais aucune des espèces connues n'est un bon hôte intermédiaire. De plus, le développement larvaire des schistosomes exige des conditions écologiques complexes qui ont peu de chance d'exister en France.

Cestodoses

Le téniasis à *Hymenolepis nana*, si fréquent chez les Africains, se transmet directement d'homme à homme et se répand aisément dans les collectivités à l'hygiène rudimentaire (notamment parmi les enfants) ; mais heureusement c'est une affection bénigne.

En revanche, l'arrivée de nombreux malades atteints d'hydatidose ne fait courir aucun risque à la collectivité puisque l'hydatidose n'est qu'une impasse parasitaire chez l'homme. La même remarque vaut pour les autres cestodoses larvaires (cysticercoses, cénuroses, ...).

3 - Mycoses

Mycoses superficielles

Les mouvements migratoires récents ont profondément modifié la physionomie des dermatophyties en introduisant en France des espèces mycéliennes jusqu'alors inconnues (50).

Microsporum ferrugineum, d'origine vietnamienne et plus rarement centre-africaine ou sud-américaine est responsable de

de cas sporadiques et de petites épidémies scolaires de teignes tondantes microsporiques.

Trichophyton violaceum, d'origine méditerranéenne et particulièrement maghrébine, s'est largement répandu en France comme agent de teignes tondantes trichophytiques. Il en va de même de *T. soudanense*, d'origine africaine.

Le favus (*T. schoenleini*), jadis rare en France, a été largement disséminé par les enfants Nord-africains, ainsi que les teignes suppuratives à *Trichophyton faviforme*.

Enfin *T. rubrum*, d'origine tropicale, est actuellement l'un des principaux dermatophytes responsables de teignes de la peau glabre.

Tous ces dermatophytes se transmettent directement d'homme à homme. On conçoit la facilité de leur diffusion. L'existence, déjà signalée, de porteurs apparemment sains, augmente encore le risque de dissémination (128). Heureusement, depuis qu'on dispose d'agents antifongiques efficaces, ces dermatophyties n'ont plus aucune gravité.

Mycoses profondes

Certaines mycoses tropicales graves se rencontrent occasionnellement chez les migrants : mycoses sous-cutanées (mycétomes notamment) ou viscérales (histoplasmoses en particulier) (170).

La plupart d'entre elles ne peuvent trouver en France les conditions nécessaires à leur transmission.

L'une fait peut-être exception : on a en effet récemment signalé quelques cas de mycétomes probablement autochtones ; il est donc possible que les agents des mycétomes puissent se développer en France (43, 98, 182).

4 - Conclusion

Les parasitoses importées en France ne peuvent en règle se transmettre à l'entourage des migrants.

Les exceptions que nous venons d'envisager sont rarissimes ou ne concernent que des parasitoses bénignes.

MALADIES INFECTIEUSES DES MIGRANTS ET SANTE PUBLIQUE

Nous étudierons d'abord trois affections qui, pour certains, menacent la Santé Publique en France : la lèpre, la tuberculose et les maladies vénériennes. Nous verrons ensuite les grandes maladies "pestilentiellles" avant de terminer sur quelques autres affections.

La lèpre

La lèpre était jadis très répandue en France : au Moyen-Age on comptait dans notre pays plus de 20.000 "maladreries"... Depuis le XIIIème siècle, elle est en constante régression et les derniers foyers autochtones se sont éteints au début du XXème siècle.

Actuellement presque tous les cas connus en France sont des cas d'importation. Les cas autochtones sont exceptionnels : Merklen n'en a retrouvé, dans toute la littérature médicale, que 20 cas de 1935 à 1965 (133). Blanc n'en signale qu'un seul sur les 33 cas qu'il a suivis (20). Gentilini n'en a jamais observé. Tous les lépreux admis à la Valbonne ont été contaminés Outre-Mer (160). 2 cas sont signalés à Bordeaux (119).

L'arrivée d'un nombre croissant de lépreux peut-il remettre en cause cette situation ? C'est peu probable. L'indice lépromateux (c'est-à-dire le pourcentage des lépreux contagieux) est faible : 5 % en Afrique noire ; 3 % parmi les migrants noirs à Paris (83). De plus on peut, sans trop de difficultés, blanchir - c'est-à-dire rendre non contagieux ces sujets lépromateux en quelques mois. Enfin la contagiosité de la lèpre a certainement été largement surestimée : les cas de lèpre dans le personnel soignant des léproseries ou l'entourage familial des hanséniens sont exceptionnels.

Il serait donc absurde de refouler les migrants africains sous prétexte que quelques-uns sont hanséniens. Incarcérer les lépreux en léproserie ne se justifie pas non plus dans la majorité des cas, mais seulement si le malade est contagieux.

Pour empêcher l'extension de la lèpre en France, ce qui compte c'est de reconnaître les malades et de les traiter (habituellement en ambulatoire (82).

Tuberculose

L'endémie tuberculeuse explosive qui affecte les migrants (Noirs Africains, Maghrébins, Antillais) menace-t-elle leur entourage métropolitain ?

Il ne le semble pas : la morbidité tuberculeuse est en constante régression dans la population métropolitaine et si elle reste plus élevée que dans certains pays voisins, il faut l'attribuer à l'insuffisance de la vaccination par le BCG et du dépistage, et non à l'arrivée des migrants. On a pu montrer que la morbidité tuberculeuse ne dépassait pas la moyenne nationale dans l'entourage professionnel des migrants ou dans les communes où résident de nombreux Africains (Montreuil). En d'autres termes, ne fait pas une tuberculose qui veut : les migrants, fragilisés, y sont particulièrement sensibles, les sujets qui les entourent beaucoup moins.

Ainsi, la tuberculose est le prix que payent les travailleurs étrangers venus chercher un emploi en France ; ce n'est pas une menace pour la collectivité métropolitaine (84).

Maladies vénériennes

Certains accusent les migrants, africains notamment, d'accroître dangereusement le péril vénérien en France.

Rappelons tout d'abord que la majorité des sérologies positives chez les Noirs Africains et les Antillais ne sont que la cicatrice immunologique d'une tréponématose non vénérienne (Pian, Bejel) et ne font donc courir aucun risque à la collectivité d'accueil (83, 152).

Toutefois, il est certain que le pourcentage des migrants - Maghrébins notamment - atteints de syphilis vénérienne ou de gonococcie est plus élevé que dans l'ensemble de la population. Mais là encore les migrants sont victimes de leurs misérables conditions de vie, de leur solitude qui les contraint à fréquenter une prostitution non surveillée (176, 177).

Ce n'est sûrement pas les migrants qu'il faut accuser de la recrudescence actuelle des maladies vénériennes en France, mais plutôt le relâchement généralisé des mœurs...

Maladies pestilentiellles (19)

Peste

A plusieurs reprises, la peste a exercé ses ravages en France (peste noire du XIV^{ème} siècle ; peste de Marseille de 1720...). Depuis l'épidémie des années 1920-1925, aucun cas n'a été signalé en France, malgré la persistance de nombreux foyers Outre-Mer.

Fièvre jaune

Elle aurait sévi au XVIIIème siècle au Havre et à Saint-Nazaire. Actuellement, l'arrivée par avion d'un jauneux en incubation est parfaitement concevable. Mais il ne subsiste pratiquement plus d'Aedes susceptibles de transmettre le virus amaril (99).

Variole

Depuis l'épidémie de Marseille en 1952 (d'origine indochinoise) aucun cas de variole n'a été signalé en France. Du reste dans le monde entier, la variole est en voie d'éradication, grâce aux efforts de l'O. M. S.

Choléra

Cantonné à l'Asie du Sud jusqu'au début du XIXème siècle, le choléra a atteint pour la première fois l'Europe en 1823 ; ce fut la première des 6 pandémies qui ravagèrent le continent. De 1912 à 1960, le fléau semble contenu. Mais en 1960, un nouveau vibrion, le Vibrion El Tor, d'origine indonésienne, se répand d'une manière catastrophique : il atteint le Moyen-Orient en 1965 et en 1970 l'Europe de l'Est et l'Afrique (y compris l'Afrique Noire).

Le choléra menace-t-il à nouveau l'Europe occidentale et en particulier la France ? (8)

Le choléra est une affection strictement humaine qui se transmet directement d'homme ou par l'intermédiaire d'eau ou d'aliments souillés par des matières fécales virulentes ; la diffusion des épidémies est le plus souvent liée aux déplacements de sujets "porteurs de vibrions" : malades en incubation et surtout porteurs sains (très nombreux dans l'entourage des cholériques, ils éliminent des vibrions dans leurs déjections pendant plusieurs semaines ...).

Ainsi, un sujet ayant séjourné en zone d'endémie cholérique peut fort bien importer des vibrions en France, et ceci même s'il est vacciné. La vaccination est une mesure prophylactique illusoire et il serait plus logique de la remplacer par la prise obligatoire d'un agent antibactérien (sulfamide retard) au retour d'une zone d'endémie (150).

Rien n'interdit de penser que, cet été, nous verrons plusieurs cas de choléra importés et peut-être de petites épidémies autochtones, notamment dans les bidonvilles ou même les camps de vacances, dont l'hygiène fécale n'est pas toujours parfaite.

Typhus exanthématique

On sait les ravages du typhus exanthématique lors de la dernière guerre (100.000 cas). Malgré la persistance de petits foyers tropicaux, il faudrait de grands bouleversements socio-politiques pour qu'il réapparaisse en France.

Fièvres récurrentes

La dernière épidémie de fièvre récurrente cosmopolite à poux remonte à 1944. Depuis, cette affection n'a jamais été signalée en France. Elle est du reste en voie de disparition dans le monde entier.

En ce qui concerne les récurrentes régionales (à tiques) elles ne peuvent s'implanter en France faute de vecteurs et de réservoir animal (rongeurs).

Autres maladies infectieuses

Le trachome

La majorité des cas constatés chez les migrants, maghrébins, ne sont pas contagieux (trachomes cicatriciels). Exceptionnellement, les trachomes précicatriciels pourraient cependant être à l'origine de petites épidémies, notamment dans les bidonvilles (114).

Salmonelloses, Shigelloses, Méningite cérébro-spinale

Ces diverses bactérioses peuvent éventuellement être constatées au retour d'un séjour en zone tropicale. Elles ne posent cependant guère de problèmes de santé publique particuliers (188).

Grippe

Sans remonter jusqu'à la fameuse "grippe espagnole" de 1919, on sait que la plupart des épidémies de grippe qui font tant de ravages dans notre pays prennent naissance en Asie. Mais il est pratiquement impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'interrompre la progression de ces épidémies, sauf par les vaccinations massives.

ACTIONS MEDICO-SOCIALES PRIORITAIRES
A L'EGARD DES TRAVAILLEURS MIGRANTS
ORIGINAIRES DES PAYS TROPICAUX
ET SUBTROPICAUX

Les mesures susceptibles d'améliorer la situation sanitaire des migrants originaires des pays tropicaux et subtropicaux ne sont pas uniquement médicales. Comme médecin, nous insisterons cependant surtout sur les actions sanitaires indispensables, tout en sachant qu'elles n'ont de chance de succès que si elles sont couplées à d'importantes mesures sociales, voire économiques et politiques.

CONTROLE MEDICAL DES MIGRANTS A L'ARRIVEE

Il est indispensable de contrôler médicalement les migrants à leur arrivée en France, ou mieux encore dans leur pays d'origine.

Ce contrôle est sérieusement organisé pour certaines catégories de migrants, beaucoup moins bien pour d'autres.

Les Algériens candidats à l'émigration sont, depuis 1968, presque tous examinés par les Commissions médicales de l'ONAMO (Office National Algérien de la Main-d'Oeuvre). Ces commissions éliminent les sujets les plus malades (notamment les tuberculeux et les syphilitiques...) (41).

Les ressortissants des départements d'Outre-Mer, s'ils gagnent la Métropole par le canal du BUMIDOM (Bureau pour le Développement des Migrations des départements d'Outre-Mer) font également l'objet d'un contrôle médical assez strict. Mais plus de la moitié des Antillais résidant en Métropole sont venus par leurs propres moyens, donc sans aucun contrôle médical (28).

Les autres travailleurs (Noirs Africains, Tunisiens, Marocains, Turcs...) sont parfois contrôlés dans leur pays d'origine par les missions médicales de l'O.N.I. (Office National d'Immigration). Mais la plupart arrivent en France, plus ou

moins clandestinement, sans aucun contrôle sanitaire.

Avant de pouvoir travailler ils devront obtenir un certificat d'aptitude au travail, délivré par l'O.N.I. : cet organisme prend ses décisions après un examen clinique, un examen radiologique du poumon et un dépistage sérologique de la syphilis.

Les motifs d'inaptitude sont assez mal définis par les textes : ce sont en principe "les affections évolutives et les infirmités susceptibles de mettre l'étranger dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins, les affections de longue durée, contagieuses ou susceptibles de le devenir et les tares graves transmissibles à la descendance". Il serait souhaitable de préciser les critères médicaux d'inaptitude, en faisant éventuellement appel à une Commission spécialisée, composée de médecins connaissant bien la pathologie des migrants, ce qui éviterait de prendre prétexte d'une affection bénigne et sans danger pour la collectivité pour refouler des étrangers jugés indésirables...

Il faudrait également essayer de trouver une solution au problème des migrants jugés inaptes au travail par l'ONI : dans l'état actuel des choses, ils ne sont couverts par aucune législation sociale, n'ont pas les moyens de regagner leur pays d'origine et viennent grossir les rangs des travailleurs clandestins.

SURVEILLANCE MEDICALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS PENDANT LEUR SEJOUR EN FRANCE

Cette surveillance doit porter avant tout sur la tuberculose, mais aussi sur la pathologie exotique, l'hygiène mentale et la P. M. I. ...

a) La tuberculose

Les travailleurs migrants, africains noirs et maghrébins notamment, constituent un groupe de haut risque sur les efforts de la lutte antituberculeuse doivent se concentrer.

Trois mesures sont essentielles :

- La vaccination par le B. C. G. doit être rendue obligatoire aux migrants anergiques dès leur arrivée en France, ainsi qu'à leurs enfants (le plus tôt possible, au mieux à la naissance).

- Le dépistage radiographique systématique est indispensable. Il faut prévoir des examens à cadence rapprochée (au moins tous les six mois, notamment pendant les deux premières années du séjour en France). Ce dépistage peut être assuré dans le cadre de la médecine du travail, les dispensaires, ou encore dans les foyers.

- Le traitement des malades est évidemment essentiel.

Si la cure hospitalo-sanatoriale reste parfois indispensable (tuberculose bacillifère), dans bien des cas le traitement ambulatoire, qui répond mieux aux besoins des travailleurs migrants, est parfaitement concevable ; nous avons déjà signalé les précautions qu'il impose (111).

b) La pathologie exotique

La pathologie exotique devrait être connue, non seulement de quelques spécialistes hospitaliers mais aussi des médecins du travail et des praticiens. Les maladies tropicales, parasitaires ou non, seraient ainsi facilement dépistées et traitées.

L'importance de la pathologie proprement exotique ne doit pas être surestimée : on est souvent tenté de lui attribuer tous les phénomènes pathologiques observés chez les migrants, alors qu'en réalité, les affections cosmopolites sont beaucoup plus fréquentes et surtout beaucoup plus sévères.

c) L'hygiène mentale

Pour les adultes, création de consultations avec participation d'un personnel soignant connaissant la langue du migrant ; en liaison avec les hôpitaux psychiatriques, ces consultations auraient de plus un rôle de dépistage, de prévention et de traitement. Pour les enfants d'âge scolaire, création de centres d'orientation scolaire pour déterminer la cause des insuffisances de rendement et de retard. Pour les adultes comme pour les enfants, la présence d'un personnel bilingue est indispensable.

d) La Protection Maternelle et Infantile

Elle comprend trois aspects :

- surveillance médicale des mères et des nourrissons
- action préventive par les vaccinations
- éducation sanitaire d'importance primordiale que nous mentionnons plus loin.

e) Le contrôle proprement médical doit être coordonné à l'échelon national et se doubler d'une action éducative dynamique.

Coordination

De nombreux organismes, publics ou privés, s'intéressent à la santé des travailleurs migrants. Il serait souhaitable que leurs efforts soient harmonisés. A cet égard, la création d'un Carnet de Santé permettrait d'éviter bien des contrôles inutiles ; ce carnet devrait bien entendu être national et n'être utilisé qu'au bénéfice de la santé du migrant...

Action éducative

L'éducation sanitaire de ces groupes particulièrement exposés revêt une importance primordiale. L'action des médecins et du personnel médico-social est insuffisante et il est nécessaire de prévoir une action éducative plus large à l'échelon familial (P. M. I.) ou dans les foyers. L'utilisation de moyens audio-visuels et de séances faites dans la langue des intéressés sont indispensables ; il faut donc s'assurer le concours d'aides médicaux recrutés parmi les migrants eux-mêmes. C'est en réalisant cet effort que les migrants comprendront que les mesures sanitaires prises à leur égard ne sont pas discriminatoires mais bénéfiques.

°
° °

Telles sont les principales mesures médicales que l'on peut proposer pour améliorer l'état sanitaire des travailleurs migrants venant des pays tropicaux et subtropicaux.

Elles sont insuffisantes et seront vouées à l'échec tant que les conditions de vie des travailleurs migrants en France resteront aussi lamentables qu'elles le sont actuellement.

Notre propos n'est pas de développer, après tant d'autres, les mesures sociales indispensables, mais simplement de souligner que l'amélioration de leur état de santé suppose l'amélioration de leur accueil, leur promotion professionnelle, leur alphabétisation et surtout l'amélioration de leurs logements...

°
° °

C O N C L U S I O N S

1 - Nous avons étudié successivement sur le plan épidémiologique les différentes catégories de migrants originaires des pays tropicaux et sub-tropicaux en France.

2 - Trois catégories numériquement importantes s'en dégagent : l'Africain Noir, le Maghrebin essentiellement algérien, le migrant des départements d'Outre-Mer. Une place à part doit être faite aux rapatriés des territoires d'Outre-Mer.

3 - Nous concluons que le problème sanitaire posé doit être démythifié. Aucune de ces catégories ne fait courir à la Santé Publique française un danger grave. Notamment, l'incidence d'une importation pathologique possible est très réduite et facile à contrôler.

4 - Le seul problème important est celui de la tuberculose, laquelle est une tuberculose secondaire contractée en France et dans laquelle il est difficile de ne pas faire jouer un rôle aux conditions déplorables d'habitat de ces sujets et à leur mode de vie.

5 - Nous avons essayé de préciser dans chaque cas et pour chacun des problèmes sanitaires que peut poser chacune de ces catégories quelle adaptation serait nécessaire à notre organisation sanitaire métropolitaine.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur H. PEQUIGNOT

Professeur CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1 - AFRIQUE - 1970-

Numéro spécial de la Revue Jeune Afrique

2 - ALMEIDA (A. de)

Un bidonville est-il un domicile ?

Hommes et Migrations : 1970, Etude n° 114, 5 - 22

3 - A.T.O.M. (Aide aux travailleurs d'Outre-Mer)

L'aide aux travailleurs migrants dans la région marseillaise.

Hommes et Migrations : 1970, Etude n° 110.

4 - AUGARDE (J.)

La migration algérienne.

Hommes et Migrations, 1970, Etude n° 116.

5 - AUJOULAT (L. P.)

Aspects statistiques et démographiques de la main d'oeuvre importée des pays chauds et tropicaux.

Bull. Soc. Path. Exotique : 1964, 57, 4, 716-737

6 - AUJOULAT (L. P.), DESCOINGS (J. C.), et BROCARD (H.)

Le dépistage de la tuberculose chez les travailleurs noirs africains au Centre Médico-Social Bossuet.

Rev. Tub., 1966, 30, n° 2 - 3, 324 - 330

7 - AUZEPY (P.)

Aspects particuliers de la pathologie pédiatrique des enfants noirs et nord-africains en France.

Rev. Prat., 1965, 15, n° 2, 237-242

8 - BALTHAZARD (M.)

Choléra : l'Europe est-elle menacée ?
Sem. Hop. Informations (Paris), nov. 1970, page 2 - 4.

9 - BANINE

La France étrangère.
1 vol. Desclées de Brouwer Ed. 1968

10 - BASSET (A.)

Leishmanioses cutanées.
Rev. Med. 1970, n° 18, 1031-1036.

11 - BASSET (M.), KREMER (M.) et CALLOT (J.)

Réflexions sur deux cas de paludisme observés à Strasbourg.
Strasbourg Med. 1968, 19, n° 2, 191-195

12 - BEAUJEU-GARNIER (J.)

La population française.
Colin Edit., Paris, 1969.

13 - BEN SASSI (T.)

Les tunisiens dans la région parisienne.
Hommes et Migrations, 1968, Etude n° 109.

14 - BERGEROUX (N.J.)

Au conseil des Ministres : La suppression de l'habitat insalubre a fait l'objet d'un débat confus.
Journal Le Monde, 12 juin 1970.

15 - BERNARD (J.), et RUFFIE (J.)

Hématologie géographique.
Masson & cie Edit. Paris, 1966.

17 - BERNARD - PICHON (A.)

Les problèmes de P.M.I. posés par les enfants des travailleurs migrants. Aspects sociaux.
Rev. d'Hyg. Med. Soc. 1967, 15, 2, 149-162

18 - BIDEBERRY (P.)

Bilan de vingt années d'immigration.
Rev. Franç. des Aff. Soc., 1967, 2

19 - BLANC (F.)

La pathologie tropicale d'importation en Régions tempérées.
Bull. Soc. Path. Exotique, 1964, 57, 4, 646-668

20 - BLANC (F.) et NOSNY (Y.)

La lèpre et les lépreux à Marseille.
Bull. Soc. Path. Exot. 1970, 63, n° 4, 417.

21 - BLOC MICHEL (H.) et coll.

Diagnostic différentiel inhabituel d'un mal de Pott sous occipital : histioplasmose africaine atloïdienne et sternale.
Rev. Rhumat., 1969, 36, n° 5, 247-253.

22 - BREVET (J.P.)

Le ganglion tuberculeux du transplanté africain noir en France.
Thèse Médecine, Paris 1968.

23 - BROCARD (H.)

Problèmes posés par les adénopathies médiastinales tuberculeuses.
Rev. Prat., 1970, 20, n° 3, 325.

24 - BROCARD (H.)

La tuberculose des noirs transplantés.
Rev. Prat., 1965, 15, n° 2, 221 - 226.

25 - BROCARD (H.), VANNIER (R.), GALLOUEDEC (C.), SOLIGNAC (P.), et BURIN (A.)

Les adénopathies médiastinales tuberculeuses des noirs immigrés d'origine africaine.
Bull. Soc. Med. Hôp. de Paris, 1965, 116, 3, 283-304.

26 - BRUMPT (L.C.), et GENTILINI (M.)

Problèmes sanitaires posés par l'immigration des travailleurs originaires d'Afrique Noire.
Bull. de l'Acad. Nat. de Med., 1962, 146, 639-642.

27 - BRUMPT (L.), JAEGER (G.), et HENROTTE (J.G.)

Contribution à l'étude parasitologique du stagiaire africain en France.
Presse Med., 1965, 74, n° 3, 117-120.

28 - BUREAU POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PRODUCTION
AGRICOLE

Enquête du B.D.P.A. sur les problèmes d'adaptation des
migrants.
Octobre 1968.

29 - CADI-SOUSSI (M.), ALAOUI (A.)

Résultats de 3 années d'examens coprologiques effectués
dans le laboratoire de parasitologie du C.H.U. de Rabat.
Ann. Médico-Chirurgicale Avicenne, octobre 1970, I, n° 3.

30 - CAILLOT (R.), et OLLIVIER (P.)

L'insertion sociale des étrangers dans l'aire métropoli-
taine Lyon- Saint-Etienne.
Hommes et Migrations : 1969, Etude n° 113.

31 - CALLOT (J.), MIECH (F.) et KREMER (M.)

Nouveau cas de paludisme transfusionnel.
J. Med. Strasbourg 1970, 1, n° 2, 133-134.

32 - CALLOT (J.), RATIGNIER (A.) et KREMER (M.)

Infection de Culex pipiens autogenicus, Roubaud, de Fran-
ce par une souche américaine de Wuchereria bancrofti.
Bull. Soc. Path. Exot., 1967, 60, n° 2, 184.

33 - CALVEZ (C.)

Ils sont plus de 3 millions en France.
Rev. Ingén. et Cadres de France : 1970, 128, 23 - 26.

34 - CALVEZ (C.)

Orientation pour la politique d'immigration et l'action en
faveur des travailleurs migrants.
Avis et Rapports du Cons. Econ. et Soc. 1969, 7.

35 - CELIK (H.) et coll.

Les travailleurs immigrés parlent.
Les Cahiers du Centre d'Etudes Socialistes : sept. 1970,
n° 94 - 98.

36 - CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE VILLIERS (Aisne)

Rapports annuels 1968 et 1969.

37 - CENTRE MEDICO-SOCIAL BOSSUET

Rapport d'activités 1967, 1968, 1969.

38 - CLAUZEL (J.P.)

Contribution à l'étude des tuberculoses des noirs africains travaillant dans la région parisienne.
Thèse Paris 1963.

39 - COMITE MEDICAL ET MEDICO-SOCIAL D'AIDE AUX MIGRANTS

Rapport d'activité de l'année universitaire 1969 - 1970.

40 - COMITE NATIONAL DE DEFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Information statistique sur la tuberculose en France pour l'année 1968.
Communication personnelle.

41 - COMMISSION MEDICALE FRANCAISE EN ALGERIE

Vérification de l'aptitude médicale des candidats au départ.
Résultats de 1968.

42 - CORDONNIER (V.), DE BEER (P.) et LUNDY-MATHIEU (M.)

A propos de nouveaux cas de lèpre chez des travailleurs noirs africains.
Bull. Soc. Franc. Derm., 1966, 73, n° 6, 849-853.

43 - DARABASSE (H.), SECRETAIN (G.), et DESTOMBES (P.)

Mycétome à *Pyrenochaeta romeroi* au Pays Basque.
Bull. Soc. Franc. Mycol. Med., 1968, n° 14, 11

44 - DAUMEZON (G.)

Transplantation et maladie mentale.
Rev. Prat., 1965, 15, n° 2, 119-137.

45 - DEBRE (R.) et coll.

Préparation du VIe Plan.
Groupe de travail n° 10 (Santé) : problèmes concernant les ouvriers étrangers, 45 - 56.

46 - DELPORTE (P.)

Les travailleurs migrants de l'Afrique noire francophone. Leur parasitisme. Problèmes médicaux posés aux médecins du travail en France.
Thèse de Médecine - Lille, 1969.

47 - DESCHIENS (R.)

L'amibiase et l'amibe dysentérique.
Masson et Cie, Edit., Paris 1965.

48 - DESCHIENS (R.), LE COROLLER (Y.)

La répartition des gîtes de *Bulinus contortus*, vecteur de la bilharziose urinaire au Maroc.

Bull. Soc. Path. Exot., 1965, 58, n° 3, 544.

49 - DESCLOITRES (R.)

Le travailleur étranger. Son adaptation au travail industriel et à la vie urbaine.

O.C.D.E. Edit., Paris 1967.

50 - DESTOMBES (P.) et DROUHET (E.)

Mycoses d'importation.

Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 4, 848-861.

51 - DETHOOR (N.)

Les travailleurs algériens en France.

Journal Croiss. des Jeunes Nations, 1969, 86.

52 - DETOURS (J.) et NEETOUX (G.)

La situation économique de l'Algérie.

La Doc. Franc. : Notes et Etudes Doc., 1967, 3 406, 80 p.

53 - DE TRAVERSE (P.M.), COQUELET (M.L.), JAEGER (J.G.)
et BRUMPT (L. C.)

Anomalies de l'hémoglobine chez 1000 mélando-africains étudiés à Paris.

Bull. Soc. Path. Exot. 1966, 59, n° 3, 427-433.

54 - DIOP (A.B.)

Société Toucouleur et Migration.

I.F.A.N. Dakar, 1965, Init. et Etude 18.

55 - DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE & SOCIALE

Table ronde sur les problèmes médicaux posés par la lutte antituberculeuse chez les travailleurs noirs.

Compte-rendu de la séance du 19 janvier 1970 à l'Hôpital Laennec (diffusion restreinte).

56 - DJILLALI (G.), MAMI (M.), BELKAID (M.), MAHROUR (A.)
MENTOURI (B.), et LE COROLLER (Y.)

L'echinococcose en Algérie (Note préliminaire). Communication aux Journées médicales, de l'ANP, 4 janvier 1969
Rev. Serv. Santé ANP, sous presse.

57 - DOCUMENTS OFFICIELS

Décret ministériel du 18 mars 1961, n° 69 243 portant publication de l'accord entre le gouvernement de la République Française et le gouvernement de la République Algérienne Démocratique et Populaire, relatif à la circulation, à l'emploi et au séjour en France des ressortissants algériens et de leurs familles, complété par un protocole, deux échanges de lettres et une annexe, signé à Alger le 27 décembre 1968.

J.O. 22 mars 1969, p.2 901.

58 - DOCUMENTS OFFICIELS

Population des départements d'Outre-Mer. Recensement de 1967.

Ed. Imprimerie des J.O. 1968.

59 - DOCUMENTS OFFICIELS

Statistiques du travail et de la Sécurité Sociale : publication mensuelle concernant les entrées d'étrangers en France, par mois et par nationalité.

60 - DOCUMENTS OFFICIELS

Statistiques sur les résidents étrangers de 29 nationalités à Paris et sa couronne.

Insp. Gen. Serv. d'Etude et de Recherche : 1 vol. ronéo, 1969.

61 - DOLOT (L.)

La France dans le Monde actuel.

Presses Universitaires de France, Edit. Paris, 1963.

62 - DOLLOT (L.)

Les migrations humaines.

Presses Universitaires de France, Edit. Paris 1970.

63 - DOURY (P.) et CHARLET (R.)

Le paludisme des rapatriés.

Sem. Hôp. Paris 1964, 40, n° 25, 1496-1497.

64 - DROUHET (E.), SUREAU (B.), et BERROD (J.)

Histoplasmose buccopharyngée chronique récidivante évoluant depuis 13 ans. Traitements successifs par l'amphotéricine B.

Bull. Soc. Path. Exot., 1968, 61, 176-184.

- 65 - DUBARRY (J.J.), BAILENGER (J.), FAIBRE (J.), BONNET (R.)
SEGUIN (F.) et PAUTRIZEL (R.)

Deux parasitismes humains exceptionnels en France : une trichostrongyloïdose et une strongyloïdose autochtone. Intérêt des enquêtes épidémiologiques.

Arch. Mal. App. Digest., 1967, 56, n° 9, 883-884.

- 66 - DUCASSE (M.L.), et BRUMPT (L.)

Etude expérimentale à propos d'un cas d'anguillulose autochtone.

Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 3, 388-393.

- 67 - DUPERRAT (B.), PUISSANT (A.), BADILLET (G.), et AUDEBERT (G.)

Mycétome à *Madurella mycetomi* localisé au gros orteil.

Bull. Soc. Franc. Dermat. Syph., 1969, 76, n° 6, 853-856.

- 68 - DURGEAT (J.), et GENTILINI (M.)

Intérêt et limite des examens de dépistage chez les agents hospitaliers originaires d'Outre-Mer.

Congrès de Médecine du Travail : Nantes, sept. 1970.

- 69 - EMMANUEL (A.)

L'échange inégal.

Maspero Edit., Paris 1969.

- 70 - ESCALLE (J.C.)

Les helminthiases intestinales observées chez les malades venant des régions tropicales.

Gaz. Med. France, 1964, 71, n° 23, 3957-3976.

- 72 - FEDERATION PARISIENNE DU BATIMENT

L'emploi des étrangers dans le bâtiment.

1 vol. 1970, Vial Ed.

- 73 - FELIX (H.) LESBRE (F.), et TOURETTE (G.)

L'amibiase d'importation.

Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 4, 881-894.

- 74 - FOLIGUET (J.M.) et VERT (P.)

Paludisme viscéral latent à *Plasmodium vivax* chez des rapatriés d'Afrique du Nord. A propos de deux observations.

Ann. Med. Nancy, 1963, 2, 906-913.

75 - GALLIARD (L.)

Sur les recommandations relatives aux risques d'importations des maladies tropicales en France.

Bull. Acad. Nat. Med., 1965, 149, n° 22 - 23, 559-560

76 - GARCIN (R.), LAYANI (F.), LAPRESLE (J.), MARGAIRAZ (A.) et CHAOUAT (Y.)

Lèpre nerveuse à type de polynécrite sensitivo-motrice des quatres membres.

Presse Med., 1961, 69, n° 56, 2597 - 2600.

77 - GAXOTTE (Ph.)

Les perturbations protidiques de l'Africain de l'Ouest.

Thèse Médecine, Paris 1966.

78 - GENTILINI (M.) et coll.

Pathologie du transplanté.

La Clinique, 1967, 62, 635, 567-622.

79 - GENTILINI (M.)

Conduite à tenir devant un malade transplanté d'Outre-Mer
Principaux diganostics à évoquer. Techniques diagnostiques et traitement.

Union Médicale Post-Universitaire. Ivry. Séance du 17.10.68.

80 - GENTILINI (M.)

Aspects épidémiologiques actuels des migrants.

Bull. Mem. Soc. Med. de Paris, 1969, 120, n° 5, 39-48.

81 - GENTILINI (M.)

Aspects pratiques de la pathologie du transplanté.

Séance de perfectionnement aux Médecins de l'A.P.A.S.
8 avril 1970.

82 - GENTILINI (M.) et coll.

Considérations sociologiques, cliniques et biologiques sur les travailleurs originaires d'Afrique Noire Francophone.
(A propos de 1000 dossiers en milieu hospitalier).

Bull. I.N.S.E.R.M., 1967, 22, 6, 1129-1156.

83 - GENTILINI (M.) et coll.

Aspects épidémiologiques des migrants en France.

Bull. I.N.S.E.R.M., à paraître.

84 - GENTILINI (M.) et CARBON (C.)

La tuberculose de l'Africain transplanté.
La Clinique 1967, 62, n° 365, 573-580.

85 - GENTILINI (M.), DUFLO (B.), LAGARDERE (B.), PINON (J.M.), GAXOTTE (P.), CARBON (C.), et ROBINEAU (M.)

Parasitologie et Médecine Tropicale.
Cours photocopié, 1971.

86 - GENTILINI (M.), et FODOR (J.)

Aspects endoscopiques de la bilharziose urinaire (à propos de 1000 cytoscopies chez l'africain transplanté).
Communication personnelle.

87 - GENTILINI (M.), GARABOL (B.), PINON (J.M.) et DANIS (M.)

Bilan de 700 U.I.V. systématiques chez des bilharziens apparemment sains.
Communication personnelle.

88 - GENTILINI (M.) et GAXOTTE (P.)

Une fièvre de safari.
Cahiers Coll. Med., 1969, 10, n° 2, 155-156.

89 - GENTILINI (M.) et PANNETIER (J.)

Résultats de l'étude de l'électrophorèse systématique de l'hémoglobine chez 1500 travailleurs migrants de l'ouest africain.
Ann. Soc. Belges Med. Trop., 1969, 49, n° 2, 193-198.

90 - GENTILINI (M.), THERIZOL (M.), ROQUES (M.C.), GAXOTTE (Ph.), DURR (J.M.) et DOMART (A.)

A propos de 3000 dossiers de pathologie parasitaire observés en milieu hospitalier parisien.
Evol. Med., 1969, 13, 1, 7-17.

91 - GENTILINI (M.), THERIZOL (M.), et GAXOTTE (P.)

Localisation inguino-périnéale primitive d'un mycétome à grains noirs chez un africain originaire du Mali.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1968, 119, n° 14, 17.

92 - GOINARD (P.)

La chirurgie chez les transplantés.
Rev. Prat., 1965, 15, n° 2, 165-170.

93 - GOLVAN (J. Y.), et LANCASTRE (F. A.)

Développement des larves de *Dracunculus medinensis* chez les cyclops de l'Ile de France.

Ann. Parasitol. (Paris), 1968, 43, n° 6, 705-710.

94 - GRANOTIER (B.)

Les travailleurs immigrés en France.

1 vol. 1970, Maspero Ed.

95 - GROUPE D'EXPERTS DE L'O.M.S.

Prévention de la réintroduction du paludisme.

Rapport Technique n° 374, O.M.S., Edit. 1967.

96 - GUTTIERES (J.)

La pathologie du transplanté en traumatologie, avec répercussion médico-légale en matière d'accident du travail et de médecine préventive.

(Diffusion restreinte).

97 - GUY (Y.), LE CORROLER (Y.) et ADDADI (K.)

Parasitoses intestinales dans l'Algérois.

Bull. Soc. Path. Exot. 1969, 62, 741.

98 - HADIDA (E.) et coll.

Lésions scléro-gommeuses et ulcéreuses des membres inférieurs. Mycétome autochtone ?

Bull. Soc. Franc. Derm., 1970, 80, n° 1, 60-62.

99 - HANNOUN (C.)

L'actualité des infections à arbovirus.

Gaz Med. France, 1969, 76, n° 30, 6065

100 - HAUSER (G.)

La traite des travailleurs .

Jeune Afrique, janvier 1971, n° 525.

101 - HEILMANN (K.), DOHNERT (G.), et WOHLLENBERG (H.)

Leishmaniose viscérale à évolution mortelle (Kala Azar) chez un touriste méditerranéen.

Dtsch. Med. Wschr. 1971, 96, n° 1, 36-38.

102 - HOUSSET (P.), JAQUEMET (J. P.) et RONNE (G.)

La pathologie et l'adaptation au travail de la main d'oeuvre étrangère.

Rev. Prat. 1965, 15, 2, 139-153.

- 103 - HOUSSET (P.), JAQUEMET (J.P.), RONE (G.) et RONAT (R.)
 Problèmes posés par les accidents du travail de la main
 d'oeuvre étrangère.
 Rev. Prat. 1965, 15, n° 2, 155-163.
- 104 - HUMBERT (G.) et coll.
 A propos d'une observation de trypanosomiase.
 Rev. Med. Normandes, 1969, 11, n° 4, 259-287.
- 105 - I.N.S.E.E.
 Population née dans un Département ou un Territoire d'ou-
 tre-mer et résidant en France Métropolitaine.
 Enquête réalisée au 1/20e, Mai 1969.
- 106 - I.N.S.E.E.
 Départements d'Outre-Mer - Territoires d'Outre-Mer.
 Bull. Stat. 1969, 3e trim.
- 107 - IMBERT (J.C.)
 La pathologie "d'apport" du travailleur africain en France.
 Livrets de Médecine, 1969, 1, n° 2, 97-103.
- 108 - KERGOLAY (H. de)
 Une importation des plus profitables : les travailleurs
 étrangers.
 Journal Le Figaro, 26-27 avril 1970.
- 109 - KISSEL (P.) et coll.
 Encéphalite palustre de primo-infection.
 Ann. Med. Nancy, 1968, 7, 1333-1340.
- 110 - KOATE (P.) et SYLLA (M.)
 L'électrocardiogramme normal du noir africain.
 Note préliminaire. Med. Afrique Noire, 1966, 15
 n° 5, 159-164.
- 111 - KREISS (B.)
 Le traitement ambulatoire des tuberculeux. Sa promo-
 tion actuelle et ses problèmes.
 Presse Med., 1970, 78, n° 27, 1211-1212.
- 112 - LACOUTURE (J.)
 Comment peut-on être antillais ?
 Journal Le Monde, 27 août 1970.

113 - LACOUTURE (J.)

Les Français sont-ils racistes ?

Journal le Monde, 1970, 20, 21, 22, 23 mars et 23 avril.

114 - LAGRAULET (J.)

Les maladies oculaires d'importation.

Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 4, 902-912.

115 - LAPIERRE (J.) et coll.

Amibiase hépatique suraiguë autochtone.

Presse Med., 79, n° 6, 239.

116 - LAPIERRE (J.) et TRAN VINH HIEN

Anguillulose. Aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 300 cas observés.

Presse Med., 1970, 78, n° 45, 1983-1986.

117 - LARCAN (A.) et HURIET (C.)

A propos de deux observations de trypanosomiasis d'importation.

Ann. Med. Nancy, 1964, 3, 1432-1437.

118 - LARIBAUD (J.), MARCY (J.), DISCAMPS (G.), et PAZAT (R.)

Un cas de rhinophycomycose.

Presse Med., 1969, 77, n° 28, 1011-1012.

119 - LE COULANT, TEXIER, MALEVILLE, BROUSTET (A.) et GENIAUX

Etude statistique de 47 cas de lèpre observés depuis 1947 à la clinique dermatologique de Bordeaux.

Bull. Soc. Franc. Derm., 1964, 71, n° 4, 526-527.

120 - LEFEVRE (P.)

Pathologie d'apport et d'acquisition du travailleur africain noir, originaire d'Afrique francophone, fixé dans la région parisienne.

Thèse Médecine, Paris 1963.

121 - LESOBRE (R.), ORTEGA (J.) et CARBON (C.)

La pathologie tuberculeuse du travailleur noir africain à Paris.

Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1965, 116, n° 3, 305-319.

122 - LIVINGSTONE F.B.

Abnormal hemoglobins in human populations.
Adline publishing Co, Chicago, 1968.

123 - MACREZ (C.), GENTILINI (M.), RIPAULT (J.), LESCURE (J.), ROCHE (A.), et ZISKIND (B.)

Forme aiguë d'histoplasmose à *Histoplasma capsulatum* variété *duboisii* chez un africain de race noire transplanté à Paris.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris, 1968, 119, n° 2, 199-210.

124 - MAEGRAITH (B.G.)

Maladies exotiques rencontrées en climat tempéré.
Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 4, 738-744.

125 - MAMOU (H.)

La maladie périodique.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale.
Endocrinologie et Maladies Métaboliques et générales.
Fascicule 10750 A 10.

126 - MAMOU (H.)

Etat actuel de la maladie périodique.
Presse Med., 1970, 78, n° 16, 727-728.

127 - MANTZ (J.M.), SACREZ (A.) et WERTENSCHLAG (J.)

Trypanosomiase par contamination de laboratoire.
Strasbourg Med., 1968, 19, n° 2, 227-234.

128 - MARIAT (F.), ADAN-CAMPOS (C.), GENTILINI (M.) et GAXOTTE (Ph.)

Présence de dermatophytes chez l'homme en l'absence de lésions cliniques.
Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syph., Paris, 1967, 74, 6, 724-729.

129 - MARILL (F.G.), SABADINI (L.)

La bilharziose urinaire en Algérie.
Bull. Acad. Nat. Med., 137, n°30 - 31, 1953, 521-524.

130 - MASSENET (M.)

Aide sociale et politique d'immigration.
Discours prononcé à la réunion du comité Lyautey
30.11.68.

131 - MASSENET (M.)

Dix ans de F.A.S.

Le Fonds d'Action Sociale de 1959 à 1969.

1 dossier d'Information 1970.

132 - MASSENET (M.)

Les travailleurs étrangers en France.

Journal Le Figaro Littéraire, 1970, 22 - 28 juin.

133 - MERKLEN (F.P.) et COTTENOT (F.)

La lèpre, maladies des transplantés.

Rev. Prat., 1965, 15, n° 2, 195-206.

134 - MERKLEN (F.P.), COTTENOT (F.), et BRISCHOUX (M.)

Multiples cas de lèpre chez des travailleurs noirs africains récemment transplantés en France métropolitaine.

Bull. Soc. Franc. Derm., 1963, 70, n° 5, 819-820.

135 - MIGOZZI (B.), BARETY (M.), CHADOUTAUD (L.) et SEPPECHER (B.)

Maladie de Hansen lépromateuse autochtone.

Bull. Soc. Franc. Derm., 1963, 70, n° 5, 419-420.

136 - MINICONI (P.), PERRIN (D.), LESCHALLIER de LISLE (L.R.) et LAJARTE (A. Y.)

Un cas d'amibiase autochtone d'évolution suraiguë.

Presse Med., 1970, 78, n° 38, 1677-1678.

137 - MINISTERE D'ETAT CHARGE DES AFFAIRES SOCIALES

Régularisation de la situation des travailleurs étrangers immigrés.

Lettre circulaire du 29 juillet 1968, n° 127.

138 - MONSTERLEET (R.)

La révolte de mai des Antillais et Guyanais contre la migration.

Hommes et Migrations, 1968, Doc. 744.

139 - MONTEL (L.R.)

La lèpre d'importation en France.

Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 4, 825-834.

140 - MORETTI (G.)

La trypanosomiase africaine dépistée en France.
Difficultés du diagnostic.
Presse Med., 1969, 77, n° 41, 1404.

141 - MORETTI (G.), BROUSTET (A.) BEYLOT (J.), VEYRET (V.)
et VALLAT (J.M.)

Deux observations de trypanosomiase africaine.
Bordeaux Med., 1969, 2, n° 6, 1483-1487.

142 - MORETTI (G.) STAEFFEN (J.), LEBRAS (M.) et BROUSTET
(A.)

Le paludisme d'invasion. A propos de quinze cas récents
observés chez des navigateurs rapatriés.
Concours Med., 1968, 90, n° 21, 4468-4481.

143 - M.R.A.P. (Mouvement contre le Racisme, l'Antisémitisme
et pour la Paix).

Pour une politique de la migration : le problème du loge-
ment.
Mars 1970 (diffusion restreinte).

144 - N.....

Après le drame d'Aubervilliers.
Journal Le Monde, 13 janvier 1970.

145 - N

Les bidonvilles un an après le pari de Monsieur Chaban-
Delmas.
Le Monde, 21 janvier 1971.

146 - N.....

Fonds d'Action Sociale : Où va l'argent des travailleurs ?
Journal Le Paria, 1er mai 1970, 3.

147 - N....

La tuberculose en France n'est-elle qu'une maladie...
africaine.
Med. Prat, 1969, 374.

148 - N....

Le problème de l'emploi en Algérie.
La Rev. Alg. du travail, 1968, 4.

149 - N.....

Les Maghrebins dans la Région Lilloise et la Région de
Dunkerque.

Journal Annales, 1967, 196.

150 - N.....

Contrôles aux frontières française contre l'importation
du choléra.

Informations (Sem. Hôp. Paris), sept. 1970, 3 - 8.

151 - NEUMAN (A.)

Un diagnostic insolite en dermatologie.

Presse Med., 1969, 77, n° 18, 673.

152 - NIEL (G.), et GENTILINI (M.)

Sérologie tréponémique des travailleurs de l'Ouest afri-
cain transplantés en France (A propos de 1000 examens
en immunofluorescence et en floculation de Kline)

Bull. Soc. Path. Exot. 1970, 63, n° 2, 180-194.

153 - NIEL (G.) et GENTILINI (M.)

Sérologie toxoplasmique des travailleurs de l'Ouest
africain transplantés.

Bull. Soc. Med. Af. Noire, sous presse.

154 - ORDONNEAU (P.) et BELLALOUNA (A.)

Pathologie rhumatismale et ostéo-articulaire des Nords-
Africains de la région parisienne.

Gaz. Med. de Fr., 1961, 68

155 - PAYET (M.), SANKALE (M.) et coll.

Epidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes
en Afrique Noire.

Masson et Cie, Edit. Paris 1968.

156 - PEQUIGNOT (H.) et ROSCH (G.)

Pathologie des immigrés Nord-Africains musulmans
dans le département de la Seine.

Sem. Hôp. Paris 1959, 35, 301.

157 - PINON (J.M.)

A propos de 300 urographies intraveineuses systématiques
dans la bilharziose urinaire.

Thèse Médecine, Paris 1967.

- 158 - PLANQUES (J.), ENJALBERT (L.), DROUHET (E.), BOL-
LINELLI (R.), MOREAU (G.), PUJOL (M.) et SABATIER (A.)
Blastomycose multiviscérale à prédominance pulmonaire
chez un français d'origine tunisienne, guérie par l'ampho-
téricine B.
J. Franc. Med. Chir. Thor. 1967, 21, 325-344
- 159 - PREVOST (G.)
Comment et pourquoi les travailleurs sénégalais viennent
en France.
Hommes et Migrations : 1970, Etude 115, 91-119.
- 160 - RICHARD
"Statistiques"
Valbonne, 1971, n° 170, 13-14.
- 161 - RICHARD-LENOBLE (D.)
Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses de l'Africain
Noir transplanté.
Thèse Médecine, Paris 1970.
- 162 - ROBERT (Ph.), BISMUTH (P.) et LAMBERT (T.)
La criminalité des migrants en France.
Service d'Etudes Pénales et Criminologiques du Minis-
tère de la Justice. Texte Inédit à paraître
- 163 - ROBINEAU (M.)
Contribution à l'étude de la tendance leuconeutropénique
et de l'inversion leucocytaire des sujets de race noire.
Thèse Médecine, Paris 1968.
- 164 - RÖSCH (G.)
Démographie, sociologie et pathologie des immigrés
Nords-Africains dans la Seine, étudiés d'après des
enquêtes hospitalières.
Thèse Paris, 1957.
- 165 - ROUSSET (J.J.), et BAUFINE-DUCROCQ (H.)
Paludisme à Plasmodium ovale contracté en Afrique.
A propos de deux cas observés dans la région parisienne.
Gaz. Med. France, 1967, 74, n° 25, 4529-4532.

- 166 - ROUSSET (J.J.), LANGUILLAT (C.) et MICHEL (C.)
Bilan hospitalier en coprologie parasitaire.
Concours médical, à paraître.
- 167 - ROUSSET (J.J.), SOMIA (A.), TEXIER (J.), et THERIZOL (M.)
Mycétome à *Leptosphaeria senegalensis* avec corps étranger végétal découvert à la biopsie.
Bull. Soc. Franc. Mycol. Med., 1968, n° 14, 11-12.
- 168 - RUDEL (C.)
Un monde méconnu : les Antillais en métropole.
Hommes et Migrations, Mai 1968, Doc. 736.
- 169 - SAUTET (J.), et QUILICI (M.)
A propos de quelques cas de paludisme autochtone contractée en France pendant l'été.
Presse Med., 1971, 79, n° 12, 524.
- 170 - SEGRETAIN (G.), DROUHET (E.), et MARIAT (F.)
Classification des mycoses. Mycoses rares en France.
Actinomycoses.
Rev. Prat., 1968, 19, 2843-2860.
- 171 - SCHNEIDER (J.)
Le paludisme dans la pratique médicale courante.
Rev. Prat., 1965, 15, n° 2, 227-234.
- 172 - SCHNEIDER (J.)
Les maladies tropicales transmises par la transfusion sanguine.
Ann. Soc. Belges Med. Trop., 1963, 43, 407-434.
- 173 - SCHNEIDER (J.)
Problèmes diagnostiques et thérapeutiques de médecine tropicale dans la pratique médicale courante en France.
Bull. Soc. Path. Exot., 1964, 57, n° 4, 669-715.
- 174 - SCHUMANN (M.)
La politique française d'immigration.
Rev. de la Def. Nat. Juin 1969.
- 175 - SELIGMANN-TRIBALLAT (N.), ELIE (P.) et BEGUE (J.)
Résultats préliminaires du recensement de 1968.
Les collections de l'I.N.S.E.E. 1969, série D.3.

176 - SOMIA (A.)

La santé algérienne en France.
Compte Rendu du colloque d'octobre 1966
A propos de la migration algérienne.

177 - SOMIA (A.)

La santé du travailleur algérien.
Bull. de l'Ass. France-Algérie, 1969, 25.

178 - SIGUIER (F.), BETOURNE (C.), LANZA (M.), HERREMAN (G.), et PIETTE (F.)

Méningo-encéphalite trypanosomienne observée en France.
Réflexions concernant l'emploi de l'Arsobal.
Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 1967, 118, n° 8, 717-722.

179 - SPILLMANN (G.)

Le problème démographique en Afrique du Nord.
Journal l'Afrique et l'Asie, 1967, 80.

180 - STRAUS (P.) et SALFATI (G.)

Les primo-infections des enfants des travailleurs migrants.
Ann. Pédiatrie (Sem. Hôp. Paris), 1970, 46, n°10 (39)
624 (2412).

181 - TAPINOS (G.)

Les statistiques françaises d'immigration.
Hommes et Migrations, 1969, Etudes 113, 4 - 45

182 - TEXIER (L.), MANDOUL (H.), et PONTAGNE

Pied de Madura autochtone.
Bull. Soc. Franc. Dermat. 1963, 75, n° 1, 112.

183 - THERIZOL (M.)

Enquête sur les hémoglobines anormales des travailleurs
transplantés d'Afrique Occidentale.
Thèse Médecine, Paris 1966.

184 - THOREL (M.)

Vers une recrudescence actuelle de la lèpre en France.
Rev. Med. Norm. 1970, 12, n° 6, 449-459.

185 - TRAMIER (G.), et MODICA (A. M.)

Discussions actuelles sur l'origine de la syphilis.
Documenta dermatologica, Laboratoires Porcher Edit.
Paris 1970.

- 186 - U.G.T.S.F. (Union Générale des Travailleurs Sénégalais en France.

Le livre des travailleurs africains en France.
F. Maspéro Edit., Paris, 1970.

- 187 - VACHON (F.), PAYET (M.), REY (M.) et CARBON (C.)

En 1970, l'accès pernicieux palustre n'est plus seulement une maladie exotique.
Concours Med., 1970, 92, n° 22, 4929-4939.

- 188 - VAN OYE (E.), et LE MINOR (L.)

La pathologie des Salmonelloses importées.
Bull. Soc. Path. Exot. 1964, 57, n° 4, 834.

- 189 - VERGER (P.,) KAUFMANN (J. M.), GUILLARD (J. M.)
MORTUEUX (Y.) et BENTEGEAT (J.)

Le kala Azar infantile en France, en dehors des zones d'endémie.
Rev. Med., 1970, n° 18, 1065-1071.

- 190 - VIC-DUPONT

A propos d'une fièvre chez une commissurotomisée (paludisme transfusionnel).
Concours Med. 1969, 91, n° 40, 6917-6920.

- 191 - VIETTE (R.)

Enquête sur les bidonvilles de la Région Parisienne, à la demande du Ministère de la Santé et de la Population.
Décembre 1964.

- 192 - WAGNER (M.)

Migration et développement.
Journal Le Monde, 21 février 1970.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages :</u>
- Introduction	1
- Migration des travailleurs africains noirs originaires de l'Ouest francophone	5
- Migrations des travailleurs originaires des départements et territoires d'Outre-Mer.....	43
- Migrations des travailleurs originaires du Magreb	57
- Les autres contingents de travailleurs étrangers..	83
- Les Français européens ayant séjourné Outre Mer.	85
- Migrants originaires des pays tropicaux et Santé Publique en France	103
- Actions médico-sociales prioritaires à l'égard des travailleurs migrants originaires des pays tropicaux et subtropicaux	113
- Conclusions.....	117
- Bibliographie	I à XXI

